

Enquête nationale sur les pratiques des Equipes Mobiles de Gériatrie en France.

Groupe de travail des équipes mobiles de gériatrie de la SFGG

Nathalie SALLES

Un groupe de travail axé sur les équipes mobiles de gériatrie (EMG) a été créé en Octobre 2010 au sein de la Société Française de Gériatrie et Gérontologie. Les missions de ce groupe étaient : 1) de réaliser un état des lieux des équipes mobiles en France et 2) d'uniformiser les pratiques des EMG d'après la circulaire DHOS/02/2007/117 du 28 Mars 2007 ⁽¹⁾ afin de définir les modalités d'intervention de l'EMG ainsi que les moyens de fonctionnement et de réfléchir autour d'indicateurs de suivi annuel pertinents. Un recensement des EMG Françaises a donc été débuté par le groupe de travail avec l'aide de la SFGG, qui a diffusé un appel aux différentes EMG via le site de la Société, et avec l'aide des différentes ARS. Un total de 216 EMG est actuellement recensé et ce travail est actuellement encore en cours. Le problème essentiel était celui du manque d'analyse précise de l'activité des EMG. Le groupe a donc décidé de réaliser une étude rétrospective sur le travail de l'EMG intrahospitalière en se référant aux textes de la circulaire DHOS du 28 Mars 2007.

L'objectif de ce travail était d'analyser les moyens de fonctionnement des EMG, les caractéristiques des patients évalués par les EMG, le type d'évaluation réalisée par les EMG et enfin d'évaluer le taux de réadmission non programmée des patients évalués.

MÉTHODES

Il s'agit d'une enquête rétrospective multicentrique observationnelle et descriptive. Pouvaient participer à cette enquête toutes les équipes mobiles de gériatrie ayant une activité intra-hospitalière et composées au minimum d'un gériatre, d'une infirmière, d'une assistante sociale et d'une secrétaire et ayant accès à un

recueil informatisé de l'activité réalisée par l'équipe. La période d'étude était de 4 mois, de janvier à avril 2011 inclus. Un recueil de données a été élaboré par le groupe de travail de la SFGG incluant les caractéristiques suivantes : délai d'intervention en jours de l'équipe mobile, modalités d'admission et motif d'admission du patient, service d'intervention de l'équipe mobile, données administratives du patient, aides humaines et techniques du patient, motif d'évaluation par l'équipe mobile, syndromes gériatriques (chutes, incontinence, troubles cognitifs, confusion, dénutrition etc...), nombre de comorbidités, nombre de médicaments pris par le patient, évaluation gérontologique réalisée par l'équipe mobile (cognitive, nutritionnelle, humeur, douleur...), existence d'un compte rendu de l'équipe et courrier au médecin traitant, suivi du patient à 1 et 2 mois et taux de réhospitalisation et de décès à 1 et 2 mois.

Une analyse statistique descriptive a été réalisée. Une régression logistique binaire a été mise au point pour définir les facteurs de risque de réadmission aux urgences des patients évalué par l'EMG. La variable dépendante était définie par la présence d'une réadmission ou pas à 1 et 2 mois. Les variables explicatives significatives en analyse univariée ($p < 0,05$) ont ensuite été entrées dans le modèle multivarié. Les Odds Ratio correspondant au facteur de risque de réadmission ont été calculés avec leurs intervalles de confiance à 95% et valeurs du p .

RÉSULTATS

Au total, 8 régions françaises ont participé à l'étude avec un total de 18 équipes mobiles de gériatrie. Les

Auteur correspondant : Professeur Nathalie Salles, Responsable de l'équipe mobile de gériatrie, Responsable de l'unité de médecine gériatrique (3 Nord), Pôle de Gérontologie Clinique - Hôpital Xavier Arnoz, CHU Bordeaux, 33076 Bordeaux cedex ; France. E-mail : nathalie.salles@chu-bordeaux.fr

données étaient incomplètes pour 3 équipes mobiles de gériatrie et au final 15 équipes mobiles ont été incluses : Strasbourg, Annecy, Limoges, Marseille, Arles, Avignon, Salon, Alès, Nîmes, Bordeaux, Libourne, Périgueux, Dax, Pau et Mont-de-Marsan. Un total de 3 829 patients évalués par les équipes mobiles a pu être inclus dans l'étude.

Caractéristiques de fonctionnement des équipes mobiles de gériatrie incluses

Plus de la moitié des équipes mobiles intervenaient dans les services d'urgence (55,5%) et 44,5% des équipes avaient une activité dans les unités médico-chirurgicales. Le délai moyen d'intervention de l'équipe mobile était de 0,7 ± 2,1 jours et le délai moyen avant la demande d'intervention de l'équipe de la part des unités était de 7,7 ± 14,8 jours. Un document de synthèse était réalisé par les équipes mobiles dans 97,5% des cas et un courrier était systématiquement adressé au médecin traitant dans 72,2% des cas.

Caractéristiques des patients évalués par l'EMG

Les patients évalués étaient âgés de 84,9 ans ± 6,3 ans en moyenne [75 à 107 ans], 2 364 (61,7%) étaient des femmes et 1 465 (38,3%) des hommes. Le lieu de vie des patients était l'EHPAD pour 591 (15,4%) et le domicile pour 3 238 (84,6%) patients. Au total 45,8% des patients vivaient seuls à domicile, parmi eux 52,9% étaient des femmes, 45,9% bénéficiaient d'aides humaines et 44,4% d'aides techniques. En ce qui concerne l'autonomie des patients évalués, 604 (15,8%) patients étaient dépendants pour les activités de la vie quotidienne avec un score ADL inférieur à 3 et 693 (18,1%) patients étaient dépendants pour les activités de la vie domestique avec un score IADL supérieur à 2 (Tableau 1).

Les patients évalués par les équipes mobiles étaient le plus souvent adressés à l'hôpital par le médecin généraliste (52,5%), les pompiers (13,8%) et SOS médecins (10%). Comme le montre la Figure 1, les principaux

ALD (n= 1963)	Patients évalués n (%)	IADL (n= 1861)	Patients évalués n (%)
0	312 (15,9)	0	762 (40,9)
1	110 (5,6)	1	215 (11,6)
2	177 (9,1)	2	230 (12,4)
3	257 (13,1)	3	234 (12,6)
4	308 (15,7)	4	419 (22,5)
5	274 (13,9)		
6	525 (26,7)		

Tableau 1 : Autonomie ADL et IADL des patients évalués par les équipes mobiles.

Table 1: ADL and IADL autonomy of patients assessed by mobile teams.

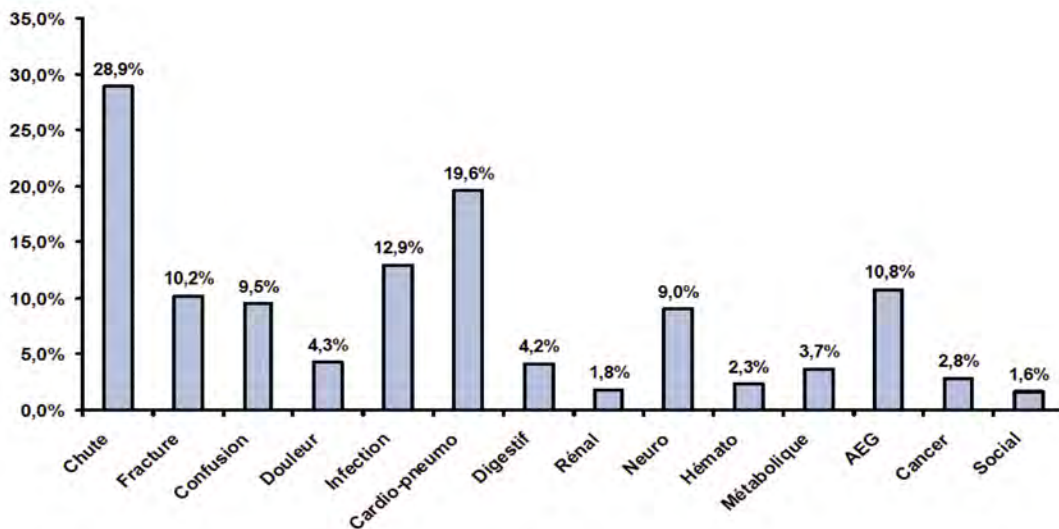


Figure 1 : Motifs d'admission des patients âgés évalués par les équipes mobiles de gériatrie (n = 3829)..

Figure 1: Motive of admission of elderly patients assessed by mobile geriatric teams (n=3829).

motifs d'admission des patients âgés étaient les chutes (28,9%), les pathologies cardio-pulmonaires (19,6%), l'infection (12,9%), l'altération de l'état général (10,8%) et la confusion (9,5%). Le motif d'admission pour problème social seul ne représentait que 1,6% des patients admis à l'hôpital. Les patients évalués avaient en moyenne $3,3 \pm 2$ comorbidités et prenaient en moyenne $6,5 \pm 3,3$ médicaments par jour.

Evaluation réalisée par les équipes mobiles de gériatrie

Les équipes mobiles de gériatrie étaient principalement appelées dans les unités pour un avis gériatrique avec demande d'évaluation gériatrique globale dans 43,1% des cas et aide à l'orientation dans 20,1% des cas (Tableau 2). Parmi les syndromes gériatriques diagnostiqués par les équipes mobiles, les troubles cognitifs (56,2%), le syndrome confusionnel (24,8%), les chutes (37,1%) et la dénutrition (49,3%) étaient les plus fréquents.

L'évaluation gérontologique réalisée par les équipes mobiles comprenait une évaluation de l'autonomie ADL dans 86,2% des cas et IADL dans 81,8% des cas, une évaluation cognitive (64,9%), une évaluation nutritionnelle (55%), une évaluation de l'humeur (37,7%) et une évaluation de la douleur (59,4%). Une EGS globale a été réalisée chez 34,9% des patients évalués par les équipes mobiles.

Suivi des patients évalués par les équipes mobiles de gériatrie et taux de réadmission non programmée

Un suivi systématique était effectué 1 mois après la sortie du patient pour 1 080 (28,2%) des patients et à 2 mois pour 1 521 (40%) patients évalués par les équipes mobiles de gériatrie. Le taux de réadmission des patients à 1 mois était de 12,1% et le taux de mortalité de 10,7%.

Les facteurs de risque de réadmission à 1 mois étaient la prise de plus de 4 médicaments par jour (OR 1,7 ; IC 95% 1,1 – 2,6 ; $p=0,015$) ; la présence de plus de 2 comorbidités (OR 1,9 ; IC95% 1,2 – 1,8 ; $p=0,005$), la présence de troubles cognitifs (OR 1,9 ; IC 95% 1,5 – 2,6 ; $p=0,0001$) et l'âge inférieur à 85 ans (OR 1,3 ; IC95% 1,1 – 1,6 ; $p=0,03$) (Figure 2 page 741).

Le taux de réadmission des patients à 2 mois était de 13,2% et le taux de mortalité de 6,2%. Les facteurs de risque de réadmission à 2 mois étaient la présence de plus de 3 comorbidités (OR 1,7 ; IC 95% 1,2 – 2,5 ; $p=0,003$) et l'absence de courrier envoyé au médecin traitant (OR 0,5 ; IC 95% 0,2 – 0,9 ; $p=0,04$). Le taux de mortalité à 1 et 2 mois était associé de manière significative à l'âge (âge moyen de 85,9 ans versus 84,6 ans ; $p=0,001$), au nombre plus élevé de comorbidités (3,6 versus 2,8 ; $p=0,002$), à la dépendance (ADL moyen à 2,5 versus 3,5 ; $p=0,0001$) et à la polymédication (nombre moyen de médicaments à 7 versus 6 ; $p=0,01$).

DISCUSSION

Les résultats de cette étude préliminaire montrent une certaine homogénéité en termes de fonctionnement des EMG et en termes de caractéristiques des patients évalués. Les EMG sont le plus souvent appelées pour un avis gériatrique ou une aide à l'orientation de patients très âgés et polypathologiques. Il est intéressant de voir que les chutes et les pathologies aiguës, notamment cardio-pulmonaires, représentent les motifs d'admission fréquents et que les problèmes sociaux isolés restent exceptionnels (moins de 2% des cas). Les EMG utilisent dans l'ensemble un nombre important d'échelles d'évaluation gérontologique aux urgences ou dans les différentes unités médico-chirurgicales, il est intéressant de noter que toutes utilisent l'échelle ADL et IADL pour

Motifs d'appel des EMG	Patients, n (%)
Demande d'EGS globale	1650 (43,1)
Aide à l'orientation du patient	770 (20,1)
Problème de chutes à répétition	371 (9,7)
Syndrome confusionnel	517 (13,5)
Prise en charge de la douleur	73 (1,9)
Bilan d'AEG	134 (3,5)
Bilan de perte d'autonomie	119 (3,1)
Autres	195 (5,1)

Tableau 2 : Motifs d'appel des équipes mobiles de gériatrie dans les unités.

Table 2: Motive for recourse to the mobile geriatric team.

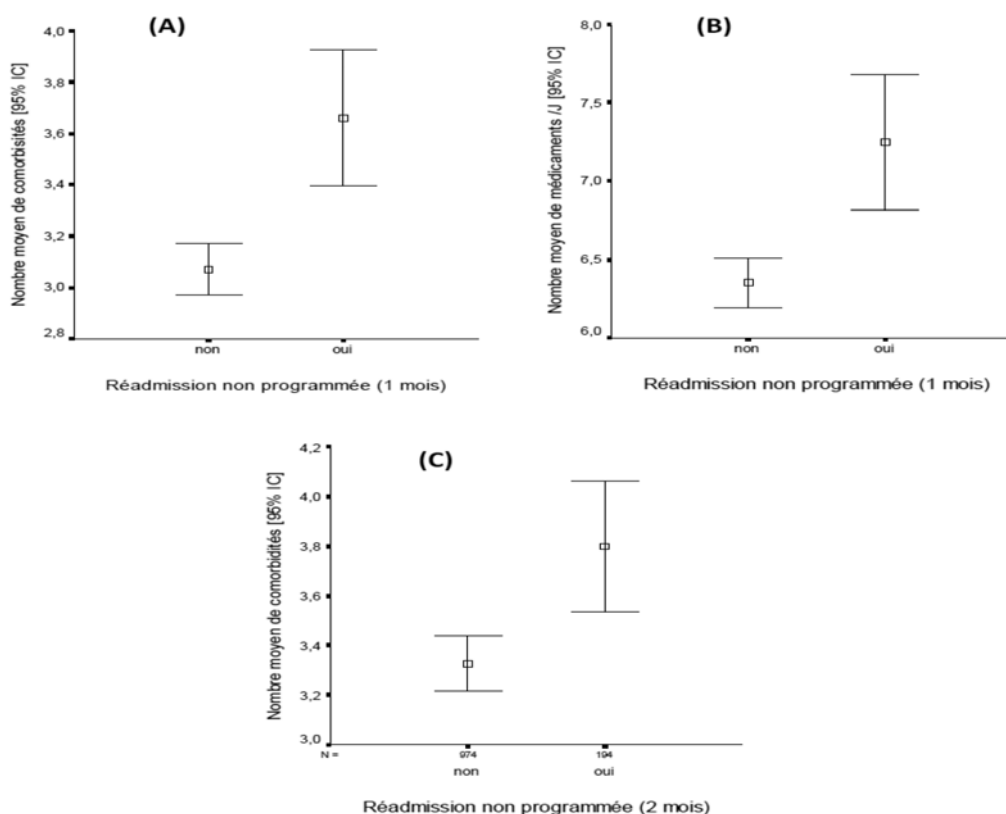


Figure 2 : Facteurs de risque de réadmission non programmée à 1 mois (A) et (B) et à 2 mois (C).

Figure 2: Risk factors for unplanned readmission at 1 month (A) and (B), and at 2 months (C).

évaluer l'autonomie des patients. De nombreuses données de la littérature ont montré l'intérêt de réaliser une évaluation gériatologique des patients âgés notamment lors de leur admission aux urgences comme le montrent les résultats d'une méta-analyse de 22 études randomisées contrôlées publiée dans la revue Cochrane en 2011⁽²⁾. Les résultats de cette méta-analyse montrent que l'évaluation gériatologique réalisée par une EMG aux urgences permet de diminuer le risque d'institutionnalisation des patients âgés, d'améliorer leur état cognitif et de diminuer la mortalité à 6 et 12 mois de suivi.

Dans notre étude, les résultats montrent également que les taux de réadmission non programmée sont supérieurs à 10% à 1 et 2 mois après la sortie de l'hôpital et sont associés au nombre plus élevé de comorbidités et de médicaments pris par jour. De manière intéressante,

l'envoi du courrier au médecin traitant joue un rôle essentiel dans le risque de réadmission non programmée. En effet, l'absence de courrier multiplie par 2 le risque de réadmission non programmée à 2 mois. Même si le suivi à 2 mois ne concerne que 1 521 patients, ce résultat est essentiel et peut contribuer à inciter les EMG à envoyer un courrier de manière systématique aux médecins traitants du patient.

En conclusion, cette étude rétrospective a permis de mieux analyser les pratiques des EMG françaises. Des réflexions doivent maintenant être menées par le groupe de travail dans le but de montrer l'impact médico-économique et sur la santé de l'activité des EMG. Un projet d'étude randomisée contrôlée et multicentrique devra être envisagé. ■

RÉFÉRENCES

1. Circulaire n°DHOS/O2/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques. www.emploi-solidarite.gouv.fr
2. Ellis G, Whitehead MA, O'Neill D, Langhorne P, Robinson D. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital (Review). *The Cochrane Library*. 2011 ; 7:1- 87.

Les Equipes Mobiles de Gériatrie servent-elles à quelque chose ? Données de la méta-analyse COCHRANE et expérience du CHU de Grenoble

Véronika STEENPASS, Stéphanie AMIARD, Virginie GARNIER,
Guillaume DESCHASSE, Isabelle LANIECE, Pascal COUTURIER

Une méta-analyse de la COCHRANE a été publiée en 2011 sur le bénéfice de l'évaluation gériatrique standardisée (EGS) de patients hospitalisés, en comparant les soins conventionnels, aux interventions des équipes mobiles ou des unités d'évaluation gériatrique (unités de court séjour qui font de l'évaluation gériatrique). Cette méta-analyse a montré un manque d'efficacité de l'intervention des équipes mobiles de gériatrie (EMG) en comparaison avec les soins courants, mettant en question le bénéfice de leur intervention ⁽¹⁾.

Les auteurs de l'étude COCHRANE ont choisi les études incluant des patients âgés de 65 ans ou plus et ont été très strictes concernant la méthodologie, incluant uniquement les études randomisées et contrôlées. Ils ont exclu toutes les études concernant un contexte de pathologie particulière ainsi que les études réalisées dans le milieu extrahospitalier. Vingt deux études ont été incluses, dont 7 spécifiquement liées à l'activité des équipes mobiles.

Les résultats combinés des équipes mobiles et des unités d'évaluation ont montré un bénéfice pour les objectifs suivants : l'institutionnalisation à 6 mois, l'objectif combiné de décès ou de détérioration, et l'état cognitif. Les auteurs ont systématiquement effectuée une analyse de sous-groupe afin d'évaluer les deux modèles d'évaluation gériatrique, les équipes mobiles et les unités d'évaluation gériatrique séparément. Ils ont ainsi trouvé un bénéfice de l'activité des unités d'évaluation gériatrique pour réduire l'institutionnalisation à 12 mois et favoriser le maintien à domicile à 6 et 12 mois. Ce bénéfice n'a pas été retrouvé dans le sous-groupe des équipes mobiles. Il faut également noter que dans aucune analyse de sous-groupe l'activité des équipes mobiles est supérieure à l'activité des unités d'évaluation intra-hospitalières.

Les auteurs de la COCHRANE concluent que les bénéfices montrés sont portés par les unités d'évaluation gériatrique et que la méta-analyse montre un manque d'efficacité de l'intervention des équipes mobiles.

A notre connaissance, en France, aucune étude randomisée évaluant l'efficacité des équipes mobiles n'a été publiée. En l'absence d'évidence clinique dans notre contexte, devant les résultats d'une méta-analyse puissante il nous a semblé indispensable de se poser la question suivante : est ce que les données de la COCHRANE sont vraiment transposables au contexte de l'équipe mobile en France. La comparaison de ces données et de celles obtenues par l'EMG du CHU de Grenoble permet une réflexion critique sur la pertinence des résultats de l'étude COCHRANE du point de vue de notre pratique.

MÉTHODOLOGIE

Nous avons donc comparé les données de nos patients, c'est-à-dire les données descriptives des patients ayant bénéficié d'une évaluation gériatrique standardisée par l'équipe mobile de Grenoble en 2009, aux données des 7 études incluses dans la méta-analyse COCHRANE. Cette comparaison a été effectuée sur 3 catégories de critères : le fonctionnement de l'équipe mobile, le profil des patients, ainsi que leur devenir.

Pour ce qui concerne le fonctionnement de l'équipe, nous avons analysé dans quel pays les études ont été réalisées, de quels professionnels l'équipe était composée, comment les patients étaient sélectionnés et à quel moment l'intervention de l'équipe avait lieu.

**Auteur correspondant : Professeur Pascal Couturier, Clinique Universitaire de Médecine Gériatrique, Pôle pluridisciplinaire de Médecine, Hôpital Albert Michallon, 38043 Grenoble Cedex 09 ; France.
E-mail: UniMobGerontologie@chu-grenoble.fr**

Afin de comparer le profil des patients, nous avons analysé les données concernant l'âge des patients, la charge de comorbidités, la provenance des patients ainsi que l'état fonctionnel.

Enfin, nous avons examiné les données concernant le devenir des patients, car la durée de séjour, le taux de réhospitalisation, la mortalité intrahospitalière ainsi que le taux d'institutionnalisation traduisent la sévérité des cas. Il nous semblait également important de tenir compte du taux de suivi des recommandations, l'un des facteurs déterminant l'efficacité de l'intervention.

RÉSULTATS

Pour ce qui concerne le fonctionnement de l'équipe, dans les 7 études de la COCHRANE, 5 ont été réalisées aux Etats-Unis, une au Canada et une en Allemagne (Tableau 1). L'équipe mobile de Grenoble est composée d'un médecin, d'une infirmière et d'une assistante sociale. Parmi les études incluses par la COCHRANE, 4 équipes étaient composées de plus de professionnels, y compris un kinésithérapeute, un ergothérapeute, un diététicien et/ou un pharmacologue. A Grenoble, les patients sont signalés par les médecins des services, y compris par les urgences. Pour les 7 études de la

COCHRANE, les patients étaient sélectionnés par des critères définis à l'admission dans le service hospitalier. Les équipes intervenaient uniquement dans les services. Les patients sont suivis tout le long de leur séjour. En comparaison, l'équipe mobile de Grenoble réalise une seule évaluation et reste ensuite disponible pour toute question additionnelle durant le séjour.

Concernant le profil des patients, les patients vus à Grenoble en 2009 étaient plus âgés avec un âge moyen de 85 ans alors que dans 4 études incluses par la COCHRANE l'âge se situait entre 75 et 78 ans (Tableau 2 page 744). Concernant les mesures de comorbidités et état fonctionnel, on trouve une hétérogénéité importante. Aucune des 4 études sélectionnées ne décrivaient les données des comorbidités, 2 études n'indiquaient pas la provenance des patients et également 2 études n'incluaient pas l'état fonctionnel.

Les résultats en termes de santé publique sont également hétérogènes. Trois études de la COCHRANE ne reportaient pas de données concernant le taux de réhospitalisation, 5 études n'incluaient pas la mortalité intrahospitalière, 3 également ne décrivaient pas le taux d'entrée en structure. Une seule étude quantifiait le taux de suivi des recommandations avec un résultat à 67% (Tableau 3 page 744).

Fonctionnement de l'équipe	EMG de Grenoble (426 patients)	7 études incluses dans la COCHRANE (3 417 patients)
Pays	France	5 études des Etats-Unis 1 du Canada 1 de l'Allemagne
Membres de l'équipe	Médecin Infirmière Assistante sociale	4 études : kinésithérapeute de plus 1 étude : kiné- plus ergothérapeute 1 étude : kinésithérapeute, diététicien, pharmacologue 1 étude : pas d'assistante sociale
Sélection	Signalement par le médecin du service	4 études : triage des admissions 2 études : toutes admission selon l'âge 1 étude : >70 ans sans médecin traitant
Lieu et moment de l'intervention	Urgences ; services 1 seule évaluation	Uniquement dans les services Suivi assuré

Tableau 1 : Descriptif du fonctionnement de l'équipe de Grenoble vs les données de la Cochrane.

Table 1: Description of Grenoble team and data of the Cochrane.

Les Equipes Mobiles de Gériatrie servent-elles à quelque chose ?

Profil des patients	EMG de Grenoble	7 études incluses dans la COCHRANE
Âge	85 ans	4 études : 75-78 ans
Charge de comorbidités	78% des patients poly-pathologiques	1 étude : 75% "maladie chronique handicapant" 2 études : 3,4 ; 6,4 "problèmes médicaux", respectivement 4 études : pas de données
Origine	90% domicile	4 études : 61-88% domicile 1 étude : 30% vivant seuls 2 études : pas de données
Etat fonctionnel	46,5% réduction des ADL par 3 ou plus	4 études : données hétérogènes (IADL, Barthel Index, functional assessment inventory) 2 études : pas de données

Tableau 2 : Profil et devenir des patients.

Table 2: Profil of patients.

Devenir des patients	EMG de Grenoble	7 études incluses dans la COCHRANE
Suivi de recommandations	78%	1 seule étude : 67%
Durée de séjour	18 jours	Variable entre 5 et 28 jours
Taux de réhospitalisation	18,6% à 1 mois 32% à 3 mois	1 étude : 44,5% à 3 mois 1 étude : 30% à 6 mois 2 études : 1 et 67% à 1 an, respectivement 3 études : pas de donnée
Mortalité intrahospitalière	10%	2 études : 7,2 et 14%, respectivement 5 études : pas de données
Institutionnalisation	27% à 3 mois	2 études : 19 et 26%, respectivement 2 études : 3 et 19,4% à la sortie de l'hôpital 3 études : pas de données

Tableau 3 : Devenir des patients.

Table 3: Patient's follow up.

DISCUSSION

Enfin, peu d'études (seulement 7) ont été incluses dans la méta-analyse COCHRANE et une seule de ces études a été réalisée dans un pays européen. Le fonctionnement de ces équipes apparaît différent de celui de l'équipe mobile de Grenoble tant au niveau de la composition d'équipe, la sélection des patients et le lieu de l'intervention. Notre population est également différente notamment plus âgée et les autres données, concernant le profil des patients ainsi que leur devenir, sont insuffi-

santes pour permettre une quelconque comparaison. Les données de la COCHRANE n'apparaissent donc pas directement transposables à l'activité de l'équipe mobile de Grenoble.

Si l'efficacité de l'EMG concernant l'évaluation peut être discutée, il faut reconnaître que le bénéfice global de l'évaluation gériatrique a quand même été montré par la méta-analyse COCHRANE dans les unités d'évaluation hospitalière. Ce n'est donc pas le processus de l'évaluation qui est en cause mais bien son implémentation dans

l'exercice en équipe mobile. Il faut donc travailler sur les facteurs expliquant l'efficacité des unités d'évaluation et développer des stratégies pour optimiser l'efficacité de l'évaluation gériatrique en équipe mobile.

Ainsi, il faut sans doute mieux définir les critères de sélection des patients et notamment se recentrer sur les situations à risques de complications immédiates ou de pertes fonctionnelles (patients fragiles). Au delà de l'évaluation médico-sociale, les EMG ne peuvent pas être efficaces sans intervention médicale directe sur les patients (diagnostic et traitement) comme cela a déjà été retrouvé dans plusieurs études ⁽²⁾. Il convient également d'améliorer le taux de suivi des recommandations si l'on souhaite améliorer l'état fonctionnel et cognitif des patients fragiles notamment lorsque l'on en délègue la mise en œuvre à un service non spécialisé ou au médecin traitant ⁽³⁾. Si l'objectif est de réduire la réhospitalisation, il convient de développer des soins à domicile et une coordination adéquate lorsqu'il a été indiqué une réadaptation, ou une institutionnalisation le cas échéant ⁽⁴⁾.

Plus généralement, pour renforcer l'action des EMG, il faut adapter le système hospitalier aux soins aux personnes âgées en assurant la promotion de l'expertise gériatrique et l'utilisation de protocoles de prise en charge, la constitution d'une filière gériatrique solide et une politique de qualité dans ce domaine du soin.

La comparaison réalisée entre les données des études randomisées et celles obtenues "dans la vraie vie" met en évidence la réalité du fonctionnement de l'EMG. La

plupart des patients vus actuellement sont plus âgés, plus graves et plus lourds et témoignent d'un exercice majoritairement centré vers les urgences ou les "bed blockers" des services. Cette activité de soutien des équipes non gériatriques est difficilement évaluable par des critères classiques de type santé publique (mortalité, durée moyenne de séjour, institution) surtout lorsque les patients sont gravement malades et que le bénéfice escompté est faible en dehors de résultats qualitatifs (qualité de vie, éthique). Les critères de satisfaction après intervention et l'amélioration des pratiques doivent donc intégrer l'évaluation de ces dispositifs.

Actuellement, la plupart des centres réservent une part de l'activité mobile aux services de spécialités pour une évaluation plus ciblée par exemple en oncogériatrie, orthogériatrie ou cardiogériatrie ^(2, 5). Ce type d'activité est sans doute plus à même de montrer une efficacité par une sélection plus forte des patients et des objectifs de soins plus ciblés.

Pour conclure, dans cette méta-analyse, le choix d'évaluer le bénéfice des EMG dans un exercice polyvalent, la faiblesse des effectifs et l'hétérogénéité des données recueillies rendent les conclusions fragiles. Pour autant, le mode d'exercice prévalent est celui de la polyvalence notamment dans les urgences et les services de spécialités. Compte tenu des différences dans les systèmes de santé, il appartient à chaque pays d'adapter le positionnement des EMG en démontrant leur efficacité avant d'envisager leur déploiement. Cela passe à l'évidence par des études d'interventions randomisées intégrant des critères de jugements qualitatifs. ■

RÉFÉRENCES

1. **Ellis G, Whitehead MA, O'Neill D, Langhorne P, Robinson D.** Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital (Review). *The Cochrane Library*. 2011 ; 7:1-87.
2. **Stuck AE, Iliffe S.** Comprehensive geriatric assessment for older adults. *BMJ*. 2011 ;27;343:d6799. doi: 10.1136/bmj.d6799.
3. **Lanièce I, Couturier P, Dramé M, Gavazzi G, Lehman S, Jolly D et al.** Incidence and main factors associated with early unplanned hospital readmission among french medical inpatients aged 75 and over admitted through emergency units. *Age and Ageing*. 2008 ; 25; 933-946.
4. **Morin T, Lanièce I, Desbois A, Amiard S, Gavazzi G, Couturier P.** Évaluation du suivi des recommandations à 3 mois après prise en charge par une équipe mobile gériatrique hospitalière. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 2012; (in press).
5. **Stortecky S, Schoenenberger AW, Moser A, Kalesau B, Jüni P, Carrel T et al.** Evaluation of multidimensional geriatric assessment as a predictor of mortality and cardiovascular events after transcatheter aortic valve implantation. *JACC Cardiovasc Interv*. 2012 ; 5:489-496.

Equipe Mobile de Gériatrie Extra-Hospitalière intervenant en EHPAD. Expérience de 3 ans d'activité au Centre Hospitalier de la Région d'Annecy (CHRA)

Bahman MOHEB, Hélène CRETON, Valérie ROGER

L'évolution démographique gériatrique s'accompagne d'une augmentation du nombre des personnes âgées polypathologiques et fragiles en institution et d'un nombre croissant de personnes âgées admises à l'hôpital ⁽¹⁾. Au CHR d'Annecy, le nombre de passage aux urgences de personnes âgées de plus de 75 ans était proche de 7 700 en 2011, ce qui constitue 13% de la population admise aux urgences. Dix à 15% de la population de plus de 75 ans viennent des EHPAD. La mise en place des dispositifs adaptés pouvant intervenir en amont du parcours de la personne âgée devrait permettre d'anticiper les situations de crise dans un contexte médico-social complexe. L'Équipe Mobile de Gériatrie Extra-Hospitalière (EMGEH) du CHRA intervenant en EHPAD est née dans cette dynamique et a débuté son activité en février 2009.

PRÉSENTATION ET FONCTIONNEMENT

L'Équipe Mobile de Gériatrie Extra-Hospitalière est créée dans le cadre d'une convention de coopération entre le CHRA et les établissements médico-sociaux du bassin annécien ⁽²⁾. La création de cette équipe a été précédée de la réalisation d'une enquête auprès des EHPAD du bassin de santé d'Annecy afin d'évaluer les attentes de ces structures médico-sociales. Les médecins coordonnateurs ont été associés à l'écriture du cahier des charges. Actuellement 25 EHPAD (regroupant 2032 résidents) sont signataires de ce protocole. Le temps de vacation des médecins coordonnateurs dans ces établissements est en moyenne 0,29 ETP (55% sont capacitaires). Tous les médecins généralistes du bassin de santé d'Annecy ont été informés par courrier de l'existence et des modalités de recours à l'EMGEH. Cette activité a initialement été financée par la DDASS d'Annecy dans le cadre de la convention et est actuellement financée par l'Agence Régionale de Santé dans le

cadre d'une Mission d'Intérêt Général (MIG). L'EMGEH est constituée d'une équipe pluridisciplinaire (gériatre, psychogériatre, infirmière, ergothérapeute, psychologue, secrétaire, tous à 0,5 ETP). L'équipe dispose de deux véhicules propres au service. Les interventions s'effectuent en binôme ; en général le médecin psychogériatre se déplace seul ou avec le psychologue, et le médecin gériatre avec l'infirmière et/ou l'ergothérapeute. Chaque intervention dure en moyenne 90 minutes avec un temps de trajet voisin de 30 minutes dans un rayon d'environ 20 km. L'EMGEH intervient après signalement téléphonique auprès du secrétariat de l'Unité Mobile de Gériatrie (UMG). Elle répond à la demande du médecin traitant après accord du résident et de sa famille, ou à la demande de l'équipe soignante ou du médecin coordonnateur, toujours en accord avec le médecin traitant.

L'EMGEH n'est pas un dispositif urgentiste et n'a pas un rôle prescripteur. Des consignes écrites sont laissées à l'EHPAD et un courrier est adressé au médecin traitant et au médecin coordonnateur dans les 48 heures. Un suivi peut être proposé selon les motifs d'intervention mais n'est pas réalisé systématiquement. La prise en charge médicale du résident reste sous la responsabilité du médecin traitant. Les missions de l'EMGEH sont de proposer une expertise gériatrique dans les EHPAD, de contribuer au maintien de la personne malade dans son lieu de vie, de contribuer à la continuité des soins, d'anticiper et d'organiser les hospitalisations au sein de la filière gériatrique hospitalière, et la formation et l'information des équipes soignantes.

RÉSULTATS

Du 1^{er} février 2009 au 31 décembre 2011, L'EMGEH a effectué 920 interventions médicalisées (gériatre ou

Auteur correspondant : Docteur Bahman Moheb, UMG CHR Annecy, Centre Hospitalier d'Annecy 1, avenue de l'hôpital-Metz-Tessy, BP 90074, 74374 Pringy Cedex ; France. E-mail : bmohebkhosravi@ch-annecy.fr

psychogériatre avec un autre intervenant de l'équipe) en EHPAD (file active : 832 résidents). En outre, près de 400 interventions ont été effectuées par l'ergothérapeute ou le psychologue sans la présence du médecin de l'équipe. L'âge moyen de la population est 85 ans avec une prédominance féminine (74%) ; la population est en perte d'autonomie avec un score d'ADL ≤ 3 dans 70% des cas. Les principaux investigateurs de la demande sont les médecins traitants qui contactent directement le secrétariat de l'UMG dans 60% des cas ; l'équipe soignante sollicite l'intervention de l'EMGEH dans 24% des cas, la direction dans 10% et le médecin coordonnateur dans 6% des cas. Le médecin coordonnateur est informé de la demande d'expertise à l'EMGEH dans 53% des cas. Souvent, l'EHPAD souhaite une intervention dans un délai de 7 jours. Dans certains cas, le délai souhaité est de 48 heures (il s'agit souvent de situations de décompensations somatiques), mais on note que ce délai ne peut être assuré par l'EMGEH en raison de problèmes de planning et d'effectif. Le délai moyen d'intervention de l'EMGEH est 8 jours.

Les trois principaux motifs d'intervention sont : **1)** Des troubles neuropsychiatriques dans 75% des cas : troubles du comportement au cours de démences (70%), troubles psychiatriques anciens (15%) ou troubles psychiatriques d'apparition récente (15%). Les troubles du comportement à l'origine de la demande d'intervention liés à la démence les plus fréquents sont les états anxiodépressifs dans près d'1/3 des cas, puis l'agitation/agressivité et les troubles délirants. En ce qui concerne les troubles psychiatriques (hors démence), on note la prédominance de la dépression et des troubles anxieux, ensuite les troubles bipolaires et les psychoses comme motif de demande. **2)** Des situations somatiques subaiguës dans 20% des cas : douleur, chute, insuffisance cardio-vasculaire, troubles neurologiques (souvent maladie de Parkinson). **3)** Les plaies chroniques dans 5% des cas : escarre stade 4 ou ulcères complexes.

Les principaux diagnostics retenus après l'intervention par l'EMGEH sont : les démences (48,7%) souvent la maladie d'Alzheimer, les états anxiodépressifs ou autres pathologies psychiatriques (28,3%), les décompensations somatiques (19%). Les résidents pris en charge par l'EMGEH ont en moyenne 4 comorbidités : en dehors de la démence et les états anxiodépressifs, on note les pathologies arthrosiques, la dénutrition et les pathologies cardio-vasculaires (HTA, hypotension orthostatique, insuffisance cardiaque). Par ailleurs, 20% de la population avait fait une chute dans la semaine avant l'intervention de l'EMGEH.

Le nombre de médicaments pris par résident est en moyenne de 7 par jour. Il s'agit principalement des psychotropes et des médicaments à visée cardio-vasculaires. Plus d'un tiers de la population (36%) prend au moins 2 psychotropes par jour (souvent antidépresseur et benzodiazépine). Seulement 35% de la population bénéficient d'un traitement spécifique de la maladie d'Alzheimer (inhibiteur de la cholinestérase ou mémantine).

Le taux d'admission non programmée à 1 mois pour le même motif pour lequel l'EMGEH a été sollicitée est de 3%. Le taux d'admission non programmée est de 12%, 3 mois avant l'intervention, et de 6%, 3 mois après l'intervention de l'équipe. Par ailleurs, le taux d'admission non programmée à 1 mois pour un motif différent de celui ayant motivé l'intervention de l'EMGEH en EHPAD est de 5% ; il s'agit souvent de la chute. En cas de nécessité, une hospitalisation est organisée par l'EMGEH en filière spécialisée adaptée. Le nombre d'admissions dans les structures de type cliniques privées est très faible. Une enquête auprès des médecins généralistes montre que dans 60% ⁽²⁾ des cas les médecins auraient fait hospitaliser le résident en l'absence de l'expertise de l'équipe mobile. Les médecins généralistes souhaitent être appelés après l'expertise en plus du courrier. Les propositions médicamenteuses et non médicamenteuses sont suivies dans 90% des cas.

DISCUSSION

L'EMGEH intervenant en EHPAD est sollicitée pour des résidents fragiles, polypathologiques, en situation complexe et à risque d'hospitalisation. Il s'agit de près de 15% des résidents des établissements dans lesquels l'EMGEH intervient. Les interventions semblent plus efficaces si la population qui en bénéficie a été ciblée, comme les patients à risque de dépendance et fragiles ⁽³⁾. Les situations complexes se définissent souvent par des troubles du comportement perturbateurs liés à la démence. L'EMGEH est également sollicitée pour des pathologies psychiatriques. Une enquête auprès des EHPAD du bassin d'Annecy révèle qu'une expertise psychiatrique est souhaitée pour 19% des résidents. Les situations qui nécessitent l'intervention psychiatrique sont les urgences psychiatriques (troubles délirants, idées suicidaires) et les troubles du comportement perturbateurs liés à la démence (troubles de conduite et/ou de personnalité). Les équipes des EHPAD sont en demande de partage de connaissance et de savoir-faire dans la prise en soins des résidents psychiatriques ⁽⁴⁾.

Les situations somatiques nécessitant l'intervention de l'EMGEH sont moins fréquentes mais exigent une intervention plus rapide (délai souhaité dans les 48 heures) comme les plaies complexes, les altérations de l'état général, les chutes à répétition. L'intervention de l'EMGEH permettrait d'éviter certaines admissions non programmées et d'améliorer l'orientation dans la filière gériatrique. Une intervention gériatrique sur le lieu de vie du sujet âgé permet d'éviter l'hospitalisation cependant le temps consacré à cette modalité d'évaluation est parfois longue ⁽⁵⁾. L'expertise de l'EMGEH est appréciée par les médecins traitants comme un avis d'expert hospitalier permettant de faire, d'une part un consensus médical, et d'autre part de rassurer les soignants et l'entourage familial dans la poursuite de la prise en soins et les bonnes pratiques gériatriques.

CONCLUSION

L'EMGEH répond aux besoins des médecins traitants et des équipes des EHPAD dans la prise en soins des résidents en situation complexe. Elle s'intègre d'une manière cohérente dans la filière des soins gériatriques. Son action transversale lui confère le rôle d'interlocuteur privilégié de la filière gériatrique pour les partenaires en EHPAD, avec des missions de formation et de diffusion des bonnes pratiques gériatriques. Des réflexions sont à mener en termes de modalités d'expertise proposées (évaluation gériatrique globale ou avis ciblé pour le motif de la demande), et par rapport aux limites d'intervention de ce dispositif dans la prise en charge des résidents atteints des pathologies psychiatriques. ■

RÉFÉRENCES

1. **Pla A, Beaumel C.** Bilan démographique 2010 La population française atteint 65 millions d'habitants [en ligne] Insee-Première, n° 1332, janvier 2011. www.insee.fr/fr/fc/ipweb/ip1332/ip1332.pdf.
2. **Decele G.** Équipe mobile de gériatrie intervenant en EHPAD : enquête de satisfaction auprès des médecins généralistes du bassin de santé d'Annecy. Thèse med Grenoble : université Joseph Fourier, 2011.
3. **Stuck AE, Minder CE, Peter-Wüest I, Gillmann G, Egli C, Kesselring A et al.** A randomized trial of in-home visits for disability prevention in community-dwelling older people at low and high risk for nursing home admission. *Arch Intern Med.* 2000 ;160:977-986.
4. **Dufournet A.** Plaidoyer pour la création d'une équipe mobile de psychiatrie du sujet âgé pour le bassin annecien, Mémoire DU psychiatrie, 2011
5. **Matzen LE.** Geriatric home visits can prevent hospitalisation of subacute patients, but is time-consuming. *Ugeskrift for laeger.* 2007 ; 169:2113-2118.

Fonctionnement du secrétariat au sein de l'Équipe Mobile de Gériatrie : intérêt d'une régulation téléphonique

Brigitte LO-STRAUSS, Virginie GARNIER, Veronika STEENPASS, Sandrine DAVIN, Annie GROMIER, Chantal. SALA, Guillaume DESCHASSE, Lionel TRANCHANT, Isabelle LANIECE, Pascal COUTURIER

Dans une équipe pluridisciplinaire, chaque professionnel doit connaître précisément son rôle pour permettre un fonctionnement optimal et de qualité ⁽¹⁾. Selon la Circulaire DHOS/O 2/DGS/SD 5 D n° 2002-157 du 18 mars 2002, l'équipe mobile intègre une secrétaire idéalement dédiée à cette activité. L'un des rôles principaux de la secrétaire en équipe mobile est la régulation des appels par un recueil exhaustif d'informations permettant soit la réorientation immédiate du professionnel demandant l'avis EMG, soit le déclenchement de la procédure d'intervention (consultation, activité de coordination-liaison, évaluation gériatrique standardisée). À Grenoble, la secrétaire de l'EMG a été formée à la connaissance de la pathologie et de la filière gériatrique pour une analyse des appels et une régulation efficace. Sa formation continue est également assurée par la participation aux staffs de l'unité et aux réunions de concertation pluridisciplinaire ⁽²⁻³⁾. Nous décrivons dans ce compte rendu les modalités possibles de la régulation téléphonique.

ORGANISATION DE LA GESTION DES APPELS

Dans notre expérience, les appels sont habituellement régulés par la secrétaire de l'EMG. Les appels et signalements sont recueillis selon une procédure de signalement ⁽²⁾. L'orientation et le type d'intervention proposés sont validés lors du staff quotidien ou en cas de doute, l'appel est transféré directement au(x) médecin(s) de l'unité.

La procédure de traitement de l'appel est présentée dans le logigramme ci-dessous (Figure 1). Elle suit une démarche pragmatique et orientée suivant le type de la demande. Il peut s'agir, si le patient est trop jeune, soit

d'une réorientation de l'appel vers un service de spécialité ou vers l'assistante sociale, soit vers la réalisation d'un recueil d'information type et préalable validant la décision de pratiquer une évaluation, une

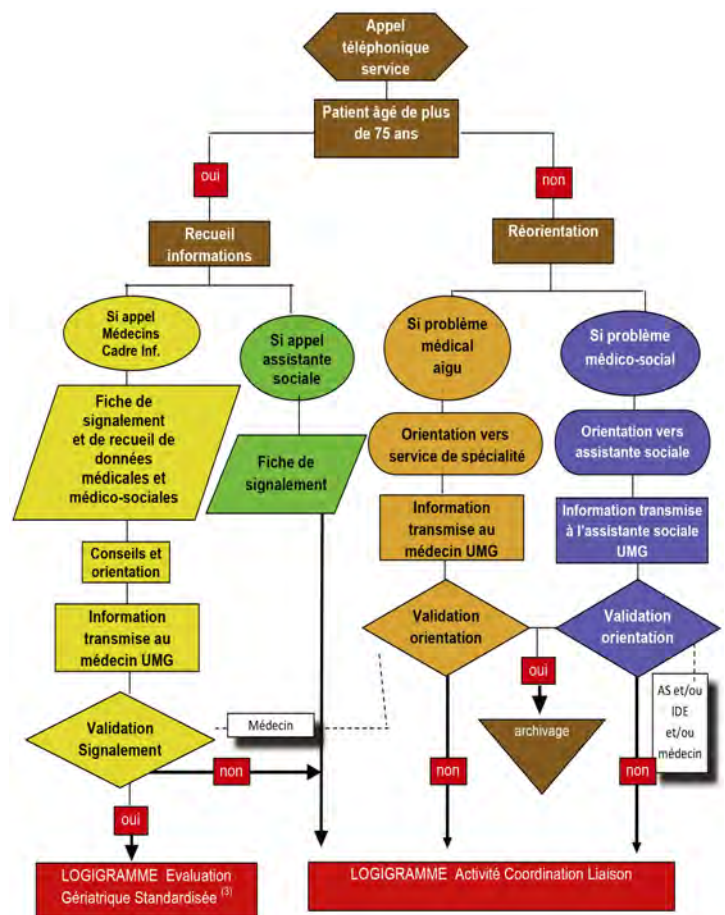
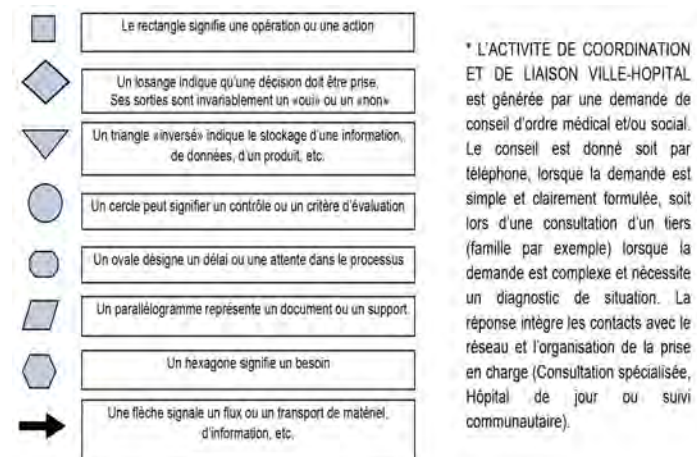


Figure 1 : Procédure de traitement de l'appel téléphonique par le secrétariat.

Figure 1: Dealing with phone calls by the secretariat.

Auteur correspondant : Professeur Pascal Couturier, Clinique Universitaire de Médecine Gériatrique, Pôle pluridisciplinaire de Médecine, Hôpital Albert Michallon, 38043 Grenoble Cedex 09 ; France.
E-mail: UniMobGerontologie@chu-grenoble.fr

consultation avancée ou une simple coordination-liaison*.



Puis, elle favorise l'acquisition des connaissances de la secrétaire par un apprentissage continu et collectif de l'organisation hospitalière, la prise en charge des personnes âgées en ville (CCAS et Conseil général), les nouvelles structures (places en EHPAD, condition d'accès...). Enfin, elle participe à l'amélioration de la performance globale de l'équipe dans le traitement d'un dossier partagé et sa transmission vers les correspondants en charge du patient.

Les difficultés sont liées au recueil d'informations diagnostiques souvent imprécises "confusion, démence sénile, grabataire, syndrome de glissement..." à l'incapacité des interlocuteurs à argumenter le motif d'appel ou de recours à l'EMG. De plus les professionnels n'acceptent pas toujours d'être réorientés en première instance par la secrétaire par manque de confiance dans le professionnel : en doutant de leur aptitude pour la réorientation ou de leurs compétences dans la compréhension des situations complexes et pour gérer une demande d'intervention ("...oui mais, je veux parler au médecin"). Cette réalité pose le problème des limites de la fonction et des risques liés au dépassement du rôle propre.

DISCUSSION

Les avantages de cette organisation sont nombreux. La procédure de gestion des appels permet la valorisation du travail de chaque membre de l'équipe. Cette pratique pluridisciplinaire évite les erreurs et participe au développement d'un langage commun ⁽¹⁾. Par ailleurs, elle valorise le poste de secrétaire dans un contexte où il est évoqué la "sous-utilisation", par les praticiens, des capacités du personnel non médical ⁽⁴⁾. Le secrétariat dans sa mission élargie à la régulation trouve ici une place centrale au sein des équipes mobiles. Il permet par exemple de limiter le recours au médecin pour la validation des signalements. Ce premier tri facilite une prise en charge rapide des patients par les autres professionnels de l'équipe (infirmière d'évaluation, assistante sociale...).

En conclusion, les conditions d'une bonne régulation par la secrétaire de l'EMG reposent sur 3 points essentiels qui définissent en quelque sorte les axes prioritaires du profil de poste : Il s'agit de la formation et l'expérience en gériatrie, la définition du rôle propre de la secrétaire dans le travail de régulation et l'utilisation d'une procédure normalisée ⁽²⁻³⁾ ainsi que le recours à une réévaluation ⁽¹⁾ par le médecin de l'unité pour la décision médicale. À terme, l'informatisation de l'activité de régulation par les secrétaires pourrait faciliter la saisie des informations, la traçabilité et la valorisation de cette activité essentielle. ■

RÉFÉRENCES

1. **Grumbach K, Bodenheimer T.** Can Health Care Teams Improve Primary Care Practice? - *JAMA*. 2004 ; 291:1246-1251 (doi :10.1001/jama.291.10.1246).
2. **Couturier P.** : Rapport d'activité Unité Mobile de Gériatrie, année 2000, CHU de Grenoble.
3. **Couturier P, Tranchant L, Lanièce I, Morin T, Gromier A, Sala C, et al.** Fonctionnement des unités mobiles de gériatrie, ou un modèle d'interdisciplinarité professionnelle : expérience du CHU de Grenoble (France) - *Annales de Gerontologie*. 2008 ; 1: 17-26.
4. **Taché S, Hill-Sakurai L.** Medical assistants : the invisible "glue" of primary health care practices in the United States? *J Health Organ Manag*. 2010 ; 24:288-305.

Cellule de Coordination Urgences Gériatriques

Mathieu LAMBERT, Marie FLOCCIA, Guillaume VALDENNAIRE, Cécile RAMAGE,
Pierre CHANSEAU, Philippe REVEL, Nathalie SALLES

Avec le vieillissement démographique il existe une augmentation de la fréquentation des personnes âgées fragiles dans les services d'urgences. La prise en charge de cette population aux urgences est complexe, tant sur le plan médical que paramédical, mais aussi au niveau structurel et du devenir ⁽¹⁾.

Les urgences de l'hôpital Pellegrin du CHU de Bordeaux accueillent plus de 150 patients par jour dont 40% nécessitent une hospitalisation. Le service comprend 8 brancards à l'accueil, 12 box en soins d'urgences, 4 brancards en zone tampon, 19 chambres d'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) dont seules 5 ont une fenêtre, un service de radiologie et d'un service de réanimation.

Les patients de plus de 80 ans représentent 20% des patients accueillis aux urgences et 50% de ceux en UHCD.

Le personnel paramédical est constitué de 153 personnes, ce qui rend compliqué les passages d'information. Il y a 22 médecins urgentistes performants dans la prise en charge urgente des pathologies graves, mais un seul est formé à la gériatrie.

La structure est inadaptée à l'accueil des patients âgés fragiles. Il y a en effet une multitude d'intervenants (5 médecins en 24h, et encore plus d'IDE, d'aide soignants), des attentes dans le couloir sur des brancards, des hospitalisations en UHCD de plusieurs jours, l'absence de lumière naturelle, des bruits permanents, l'absence d'information, l'absence des familles, un parcours compliqué entre les différents services des urgences.

Il existe donc une méconnaissance du patient âgé fragile et des pathologies du grand âge qui se traduit par une difficulté à identifier la fragilité, à adapter les traitements et les surveillances.

Dans un premier souci d'amélioration de la prise en charge de cette population, une Equipe Mobile de Gériatrie a été créée en décembre 2006 et intervient 6 demi-journées par semaine, mais il existait un souhait du service des urgences d'améliorer encore le parcours et la prise en charge par une sensibilisation de tous les intervenants aux urgences.

L'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux ⁽²⁾ a évalué la nécessité d'une prise en charge spécifique des personnes âgées fragiles aux urgences et a soutenu la mise en place de la cellule de coordination urgences gériatriques en décembre 2011.

La cellule est constituée de membres permanents (2 médecins urgentistes, le médecin de l'équipe mobile gériatrique (EMG) et le cadre du service) et de membres extérieurs pouvant être sollicités à titre d'experts. Le groupe a une réunion mensuelle.

Le groupe s'est donné pour missions de tenter d'adapter les urgences aux personnes âgées fragiles, en sensibilisant les équipes (création de protocoles, formations), d'identifier des référents pour les problèmes gériatriques, de connaître la filière gériatrique, de suivre les indicateurs et mener des projets de recherche.

Pour cela, la cellule a proposé plusieurs axes de travail :

1. Création d'un groupe de travail pluridisciplinaire (Infirmiers, aide-soignants, cadres, médecins, et il est prévu d'intégrer ASH, brancardiers et manipulateurs radio) en avril 2012. Les membres du groupe sont ainsi identifiés comme étant les référents gériatriques. Les premiers protocoles mis en place par le groupe pluridisciplinaire concernent le maintien de l'autonomie et la prévention du syndrome confusionnel.

Auteur correspondant : Professeur Nathalie Salles, Responsable de l'équipe mobile de gériatrie, Responsable de l'unité de médecine gériatrique (3 Nord), Pôle de Gérontologie Clinique - Hôpital Xavier Arnoz, CHU Bordeaux, 33076 Bordeaux cedex ; France. E-mail : nathalie.salles@chu-bordeaux.fr

Des recommandations simples et facilement applicables ont été faites :

- favoriser la mobilisation précoce, éviter la contention, accompagner aux toilettes, installer au fauteuil ;
- resituer dans le temps et l'espace, se présenter, expliquer ;
- évaluer la douleur, rechercher une rétention aiguë d'urine ;
- éviter les cathéters et les sondes systématiques ;
- transférer rapidement en UHCD, favoriser la présence de la famille, prévenir rapidement l'EMG.

Des formations des soignants par les soignants sont en cours et des fiches de conduites à tenir ont été écrites et vont être affichées dans les urgences après validation et présentation au service. Des commandes de matériels adaptés sont faites.

Il est prévu d'aborder ensuite les troubles de la déglutition, la fin de vie et les plaies.

2. Transferts de compétences

Les objectifs sont d'autonomiser les médecins urgentistes sur des situations simples, et par les compétences des soignants, de permettre une continuité dans la prise en charge gériatriques. Pour ce faire, des cours avec les paramédicaux sont prévus tous les 3 mois et des formations des médecins urgentistes par les médecins gériatres sont organisées.

3. Connaissance de la filière

○ Les rencontres des services partenaires d'aval sont en cours avec visites de ces services, définitions des

typologies de patients, connaissance du plateau technique, identification de référents, retour d'expériences et reconnaissance des problématiques de chacun. Les médecins et cadres des services de court séjour gériatrique ont donc été rencontrés, au niveau du pôle de gériatrie clinique du CHU, et au niveau des services de court séjour gériatrique privés ou FEHAP. De même, les services d'hospitalisation à domicile vont être contactés. Le but est de créer une fiche descriptive des services facilement utilisable pour orienter au mieux les patients.

○ Les rencontres des partenaires d'amont vont être mises en place, afin de réévaluer avec eux les informations nécessaires aux admissions aux urgences (motif d'admission, traitements, coordonnées des aidants et du médecin traitant). Il est prévu de contacter SOS médecins, la régulation SAMU, les pompiers, les ambulances et les EHPAD.

4. Indicateurs de suivi

Des indicateurs sont en cours de mise en place concernant le temps passé aux urgences avant un retour à domicile, le temps d'hospitalisation en gériatrie après un passage aux urgences, le taux de réhospitalisation.

Des réflexions autour de projets de recherche sont en cours.

Au total, la mise en place de cette cellule est en cours et devra être réévaluée dans les mois à venir. En 6 mois, elle a d'ores et déjà permis une meilleure communication entre les différents intervenants, des retours d'expériences (positifs et négatifs), une fluidité des hospitalisations et une sensibilisation globale des urgences aux problèmes des personnes âgées fragiles. ■

RÉFÉRENCES

1. **Leveau P.** La personne âgée aux urgences. *EMC médecine d'urgence*. 25-060-A-10.
 2. Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux. Le parcours de personnes âgées sur un territoire. Retours d'expériences. www.anap.fr
-

Impact de l'intervention en orthopédie-traumatologie de l'Infirmière de l'Equipe Mobile de Gériatrie dans la prise en charge nutritionnelle du patient âgé

Camille LAFFONT, Karine FOUCAUD, Laurence LAYAN,
Clément TOURNIER, Aline SAUVAIN, Nathalie SALLES

L'intervention régulière de l'Equipe Mobile de Gériatrie (EMG) dans le Service de Traumatologie a suscité auprès des équipes soignantes des questionnements sur la qualité de la prise en charge nutritionnelle des patients âgés hospitalisés dans ce service.

De par son expertise gériatrique, l'EMG a été sollicitée dans l'objectif d'aider et d'accompagner l'équipe paramédicale à la construction d'un projet de service intitulé : "Prise en charge de l'alimentation chez la personne âgée hospitalisée en traumatologie.

OBJECTIFS DU PROJET

Les objectifs du projet se définissent comme tels :

- "Identifier et prévenir le risque de dénutrition de la personne âgée hospitalisée en traumatologie" ;
- "Améliorer la prise en charge par des apports protéino-énergétiques adaptés" ;
- L'objectif intermédiaire étant "la sensibilisation et l'investissement de tous les soignants".

MÉTHODES

Une réunion multidisciplinaire faisant intervenir d'une part le chirurgien orthopédiste, la cadre de Santé du service et la diététicienne et d'autre part le médecin gériatre et l'infirmière de l'EMG a permis d'élaborer un projet nutritionnel écrit.

L'écriture du projet s'est articulée en trois parties :

1. Identifier et prévenir le risque de dénutrition.
2. Améliorer la prise en charge par des apports protéino-énergétiques adaptés.
3. Sensibiliser et investir tous les soignants de l'unité de Traumatologie.

1) La première partie du projet a consisté à définir les moyens et actions permettant d'identifier et de prévenir le risque de dénutrition. L'observation et le recueil de données réalisés par l'aide-soignante et l'infirmière ont permis de :

- noter les habitudes alimentaires, les goûts, la texture, l'appétit habituel et l'apport qualitatif et quantitatif usuels ...
- identifier les causes simples de carence d'apport par l'évaluation de l'état bucco-dentaire (bouche sèche, habitudes d'hygiène, présence ou non de prothèse dentaire et leur efficacité d'ajustement, mobilité dentaire, dents cariées, délabrées, présence d'une candidose,...), la notification de troubles de la déglutition, de troubles sensoriels, moteurs, la présence de douleur, de constipation, de confusion, ...
- pratiquer une évaluation nutritionnelle par la prise du poids à l'admission dans l'unité et le suivi du poids une fois par semaine et par le dosage des protéines, albumine et CRP à l'admission ;
- évaluer l'état cutané (présence de plaies, escarre, ulcère, hématome..) ;
- évaluer le risque de survenue d'escarres par l'échelle de Braden ;
- notifier les antécédents médicaux, chirurgicaux et les comorbidités (par exemple la démence, l'insuffisance

Auteur correspondant : Professeur Nathalie Salles, Responsable de l'équipe mobile de gériatrie, Responsable de l'unité de médecine gériatrique (3 Nord), Pôle de Gérontologie Clinique - Hôpital Xavier Arnoz, CHU Bordeaux, 33076 Bordeaux cedex ; France. E-mail : nathalie.salles@chu-bordeaux.fr

cardiaque, le diabète,...) et identifier l'existence de déficiences et d'incapacités (apraxies, déficit visuel, troubles moteurs, troubles du comportement,...).

2) La seconde partie du projet développe les moyens et actions à mener pour améliorer les apports protéino-énergétiques.

• En identifiant tout d'abord le risque de dénutrition et la dénutrition par :

- l'observation du soignant (carence d'apport constatée, maigreur,..),

- la recherche de perte de poids récente (> 5% en 1 mois ou 10% en 6 mois),

- le dosage de l'albumine (<35 g/L si CRP<25 mg/L).

• En proposant des menus adaptés :

- à l'état bucco-dentaire, au goût, aux habitudes alimentaires,

- aux troubles de la déglutition (texture ± épaissie, test de déglutition, ...).

• En enrichissant les repas (beurre, lait...);

• En faisant participer les familles à la prise alimentaire (éducation thérapeutique, possibilités de conserver les repas dans un réfrigérateur dans le service);

• En apportant des conseils auprès des soignants de l'unité :

- sur l'installation adaptée du patient lors des repas afin d'éviter par exemple les troubles de la déglutition, régler la hauteur de l'adaptable, la disposition du plateau-repas et des couverts,

- pour stimuler, guider ou aider le patient lors du repas,

- pour évaluer et réajuster si besoin le choix de la texture,

- pour relever les ingesta sur 2 à 3 jours pour les patients ciblés, identifiés à risque de dénutrition ou dénutris,

- et ainsi réajuster les apports protéino-énergétiques si besoin et enrichir l'alimentation ou proposer des compléments nutritionnels oraux (CNO),

- et protocoliser les prescriptions de CNO, adapter les horaires de prise.

3) La troisième partie du projet a pour objectif de sensibiliser et d'investir tous les soignants :

- en nommant des référents et en élaborant leurs missions (4 aide-soignants et 2 infirmiers),

- en organisant des réunions d'information à l'équipe en présence de la diététicienne, de la cadre de service, de

l'infirmière de l'EMG, concernant le diagnostic de la dénutrition et l'intervention nutritionnelle possible (recommandations HAS-2007) et des séances de dégustation des CNO et des différentes textures proposées par les cuisine du CHU,

- en accompagnant le projet par l'IDE de l'EMG autour de trois repas dans l'unité.

RÉSULTATS

1. Ce projet a abouti à la mise en place d'actions spécifiques d'évaluation et de prise en charge nutritionnelles avec :

- l'acquisition d'un fauteuil pèse-personne dans le service ; c'est l'aide-soignant de "journée" qui réalise la prise des poids dès l'entrée quand cela est possible (notifié sur le logiciel dossier patient) ou le poids de référence (noté sur le dossier anesthésie) est pris en compte ; puis reprise du poids une fois par semaine ;

- la mise en place d'un suivi nutritionnel pendant 48 heures pour les patients identifiés "à risque de dénutrition" à l'aide d'une fiche de surveillance mise en place dans les chambres des patients à risque, en notant si le suivi doit être prolongé au-delà (pendant et après des épisodes confusionnels par exemple) ;

- l'amélioration de l'organisation dans le service : appels plus fréquents de la diététicienne pour les patients âgés ; prescription de CNO et d'aliments enrichis ; dotation supplémentaire de CNO et d'aliments enrichis mise à disposition des soignants ,

- dans le cadre d'une éducation thérapeutique, une plaquette d'information (*Figure 1*) destinée aux visites est affichée dans chaque chambre, notifiant la mise à disposition d'un réfrigérateur. Les familles sont invitées à apporter des préparations alimentaires adaptées au goût de leur parent et à les accompagner lors des repas,



Figure 1 : Plaquette d'information destinée aux visites, affichée dans les chambres.

Figure 1: Information brochure intended for visits, displayed in the rooms.

- l'amélioration de la prise en charge nutritionnelle : le personnel est plus attentif dans sa pratique quotidienne pour l'installation lors des repas, pour l'hygiène bucco-dentaire, pour la prise en compte des déficiences, des incapacités fonctionnelles et d'autres paramètres comme la confusion, la douleur, etc....

2. Une évaluation du projet à six mois a montré d'excellents résultats en termes d'actions mises en place. Ainsi, le cadre supérieur de santé a nommé le Cadre de Santé de l'Unité pilote pour étendre et expérimenter le projet sur d'autres unités du Pôle afin d'aboutir à un projet d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP). L'évaluation des conséquences de la prévention et de la prise en charge de la dénutrition en termes de durée de séjour, de cicatrisation et survenue d'escarres ne faisait pas partie de ce projet initial.

3. Des facteurs ont limité la poursuite du projet tel que le départ de la Cadre de Santé affectée dans un autre service du CHU de Bordeaux et des mouvements importants parmi l'ensemble des Cadres du même Pôle.

4. Des facteurs positifs :

- Deux cadres faisant fonction se sont succédées depuis et sont restées attentives à la pérennité de ce qui a été mis en place ;
- La stabilité et l'enthousiasme de l'équipe paramédicale garantit la continuité de ce projet, ainsi que l'intervention de la diététicienne du Pôle ;
- Des référents sont toujours en place dans chaque équipe de soins.

CONCLUSION

Le travail de l'infirmière de l'EMG a permis de mettre en place des actions spécifiques autour de la prise en charge nutritionnelle des patients hospitalisés en traumatologie, tant dans la sensibilisation du personnel paramédical, que dans l'organisation de l'évaluation et de l'intervention nutritionnelle adaptée et systématique. ■

L'Unité de prévention, de suivi et d'analyse du vieillissement : une approche innovante en santé publique et recherche sur la prévention de la perte d'autonomie du sujet âgé en Limousin

Thierry DANTOINE, Cécile LAUBARIE-MOURET, Noëlle CARDINAUD, Nicolas SIGNOL, Marion CHARENTON BLAVIGNAC, Murielle MALICHIER, Marie-Jeanne VERGER, Sophie SINGER, Karen LEMASSON, Christine CHAUMONT, Cédric PAROT, Caroline GAYOT

En France, au cours des cinquante dernières années, la part des personnes âgées de 65 ans et plus dans la population totale a augmenté de 40% alors que celle des jeunes de moins de 20 ans a diminué de 15%. La plus forte croissance concerne les tranches d'âges élevés de plus de 75 ans. Ainsi, la part des 85 ans ou plus s'est multipliée par 4 et celle des centenaires par 5, soit un accroissement du nombre des 75 ans et plus de 52,1% au cours du dernier quart du XX^e siècle ⁽¹⁾.

Le Limousin se distingue par le caractère très prononcé du vieillissement de sa population. Ainsi en 2003, 23,1% de la population avaient 65 ans ou plus contre 16,3% en France métropolitaine. La part des plus de 75 ans dépasse les 12%, atteignant respectivement 15% et 13% en Creuse et Corrèze (les secteurs ruraux étant préférentiellement concernés) ⁽¹⁾. La proportion des personnes âgées de 65 ans et plus vivant en collectivité a peu augmenté malgré le vieillissement accru de la population. Sur la période 1968-1999, elle passe de 5,2 à 5,5% pour deux raisons : jusqu'à 85 ans le maintien à domicile a été largement développé et à partir de 90 ans, l'institutionnalisation s'est au contraire fortement accentuée ⁽¹⁾.

Les études épidémiologiques montrent une répartition très inégale de trois catégories de personnes âgées individualisées en fonction de leur état de santé et donc de leur autonomie ⁽²⁾. Chaque année environ, 12% de la population indépendante de plus de 75 ans

vivant à domicile, perd son autonomie pour une des activités de la vie quotidienne et bascule dans la fragilité ⁽³⁻⁴⁾.

Le concept de fragilité, « frail elderly », tente de décrire des situations propres à la gériatrie. Il s'agit d'un concept opérant surtout dans le domaine de la prévention où il détermine des stratégies de soins spécifiques. Le vieillissement, variable selon les individus, est caractérisé par une diminution des réserves physiologiques conduisant ainsi à un équilibre précaire et à une déstabilisation ⁽⁵⁻⁷⁾. Les principales modifications physiologiques associées à la fragilité sont la sarcopénie, les dysrégulations neuro-endocriniennes et les anomalies du système immunitaire ⁽⁷⁻²³⁾. La fréquence de l'état de fragilité et son évolution sont très variables selon les individus. Des études épidémiologiques et d'intervention sont nécessaires pour mieux définir ce concept et montrent l'intérêt préventif du dépistage précoce.

L'intérêt de repérer les sujets âgés fragiles réside en effet dans la possibilité d'appliquer des stratégies préventives et des stratégies de soins spécifiques pour réduire les risques de décompensation. L'évaluation gériatrique globale (EGG) est actuellement la méthode de référence pour détecter la population fragile. Les effets bénéfiques de l'EGG au cours de l'hospitalisation ont été reconnus dans la littérature internationale avec une réduction de la mortalité de 14%, une réduction de la fréquence des nouvelles hospitalisations de 12%, une augmentation de la survie des patients à domicile de 26%, une améliora-

tion des fonctions cognitives de 41% et une amélioration du statut fonctionnel de 72%⁽²⁴⁾.

La complexité liée à l'hétérogénéité du vieillissement et le caractère chronophage de toute EGG rendent cette approche plus difficile pour les soignants ou les médecins traitants des personnes âgées à domicile qui doivent intégrer le dépistage et le suivi de multiples pathologies concomitantes à l'évaluation de la fragilité du sujet âgé.

Dans ce contexte, nous avons mis en place une organisation innovante visant à favoriser l'EGG en tant que bilan de santé et d'autonomie préventif et à mettre en place un outil de recherche en santé publique gériatrique.

La structure

Afin d'optimiser la prévention de la dépendance au grand âge, une unité expérimentale : Unité de Prévention, de Suivi et d'Analyse du Vieillissement (UPS AV) a vu le jour le 4 janvier 2010 au sein de la filière gériatrique du CHU de Limoges. Il s'agit d'une structure organisationnelle innovante puisque, pour la première fois, l'expertise gériatrique et gériatrique est mise à disposition des sujets âgés à leur domicile, gratuitement sur simple demande.

C'est à partir de fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) et des fonds recherche de l'agence régionale de santé (ARS) du Limousin que l'unité a pu être constituée et démarrer son activité pour une durée expérimentale de 3 ans. Forte de son bilan, les financements ont été pérennisés en mai 2012, sous la forme d'une mission d'intérêt général.

Cette équipe gériatrique pluridisciplinaire est composée d'un gériatre, d'une infirmière (IDE), d'une psychomotricienne, d'un ergothérapeute, d'une assistante sociale, d'un attaché de recherche clinique (ARC), d'une psychologue et d'une secrétaire. Ses locaux sont situés au sein du CHU dont elle constitue une unité fonctionnelle.

L'UPS AV se déplace au domicile des personnes âgées d'au moins 75 ans ou d'au moins 65 ans si elles sont polyopathologiques. Elle réalise une EGG préventive au sein même de leur lieu de vie afin de dépister les risques de rupture d'autonomie et de proposer une coordination d'actions préventives médicales et sociales avec l'ensemble des acteurs de proximité et la personne âgée, en étroite relation avec le médecin traitant.

Ses missions

Une action de Santé Publique et de Prévention : "Prévenir et accompagner le risque de rupture d'autonomie de la personne âgée à domicile" sur le territoire de la Haute-Vienne

L'UPS AV intervient à la demande de la personne âgée ou de sa famille, du médecin traitant ou des autres professionnels de santé libéraux, des référents gériatriques de secteur, des associations d'aide au maintien à domicile sous réserve de l'accord de la personne âgée.

Dans un premier temps, le gériatre se déplace avec l'IDE coordonnatrice. Ce binôme réalise une EGG. Cette EGG comporte deux volets :

- un volet sanitaire comprenant un listing des facteurs de risque cardiovasculaire, des antécédents médicaux et chirurgicaux de la personne, de ses traitements ; une évaluation sphinctérienne, sensorielle, cognitive, nutritionnelle ; des capacités physiques ; de l'équilibre/mobilité ;

- un volet social et médico-social établissant la situation socio-familiale de la personne, son autonomie fonctionnelle (ADL, IADL, GIR, SMAF). Ce volet peut également être réalisé en collaboration avec les référents gériatriques de secteur.

Enfin, le gériatre prescrit une analyse biologique sanguine à réaliser à domicile par une IDE libérale.

Dans un second temps, l'EGG peut être complétée, selon l'évaluation médicale initiale, par l'ergothérapeute et si nécessaire la psychomotricienne qui interviennent au domicile de la personne à distance de la consultation effectuée par le gériatre et l'IDE. Elles analysent la situation environnementale et les réserves fonctionnelles physiques et psychiques de la personne par leurs propres évaluations. L'assistante sociale et la psychologue de l'UPS AV peuvent être aussi amenées à se rendre au domicile de la personne si nécessaire.

Même en l'absence d'événement nouveau, chaque personne est réévaluée tous les 6 mois afin d'identifier les facteurs de fragilisation et surtout de réévaluer et réadapter le plan de soins et de prévention.

Après l'évaluation initiale et durant le suivi, l'UPS AV assure la coordination autour de la personne. En fonction des résultats obtenus au cours de l'évaluation, un plan d'intervention est établi.

Le schéma, ci-dessous, représente les différentes étapes des actions de coordination menée par l'équipe de l'UPSAV. Il explique l'élaboration du plan d'accompagnement ou d'intervention qui pourra être mis en place et comment les acteurs sanitaires et médico-sociaux en prendront connaissance.

Un premier niveau de coordination est réalisé en interne sous forme de réunions de concertation. Les membres de l'UPSAV élaborent leurs propositions (investigations médicales complémentaires (secteur public ou libéral) ; participation à des activités de loisir (à visée de stimulation cognitive et physique) ; aménagement du domicile, aides techniques, humaines, programme d'activités etc...)

Un deuxième niveau de coordination est effectué auprès de l'ensemble des acteurs impliqués dans la prise en charge du patient. L'UPSAV informe le médecin traitant du patient de sa visite par des comptes rendus détaillés (gériatre + ergothérapeute + psychomotricienne) et échange sur la conduite à tenir. Elle informe et se concerte également avec chaque partie concernée par le plan d'intervention (référénte gérontologique, assistante sociale, famille, médecin traitant...) afin d'aboutir à une action consensuelle.

Dans ce modèle de coordination, le médecin traitant a un rôle essentiel à jouer :

- dans l'acceptation du plan de soins proposé à son patient ;

- pour le retour d'informations médicales et médico-sociales nécessaires au gériatre et au reste de l'équipe pour la réadaptation du plan de soin si nécessaire ;
- en tant que référent médical de son patient.

L'UPSAV se place au centre d'un réseau mêlant professionnels de la santé et médico-sociaux et entourage familial du patient. Le plan d'intervention personnalisé implique chaque acteur et la coordination de l'UPSAV est primordiale pour un accompagnement préventif des personnes âgées.

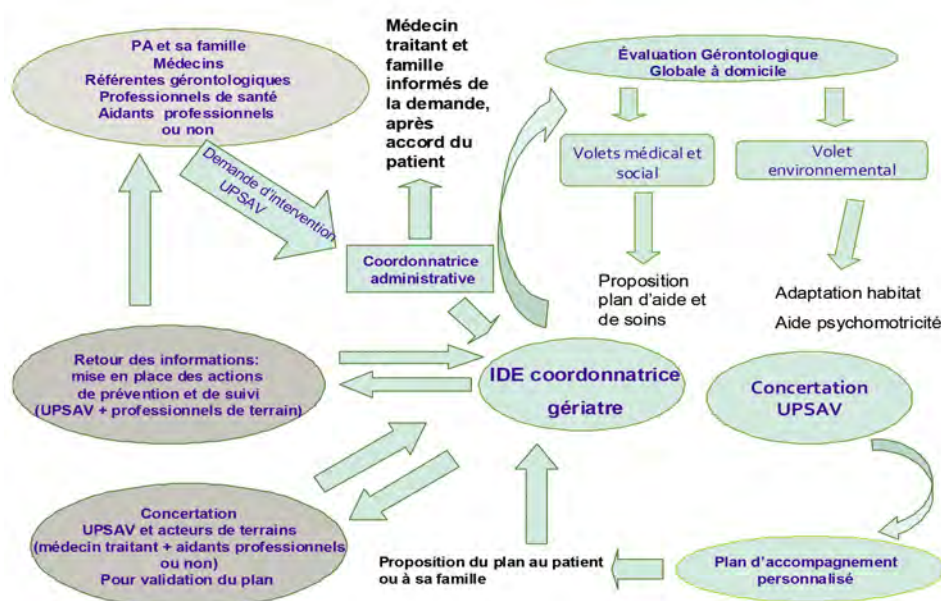
Pour cette action les populations "cibles" restent les personnes de 75 ans et plus ou de 65 ans polyopathologiques ; il s'agit d'un niveau de prévention secondaire mais également primaire :

- Personnes sans comorbidité vivant à domicile mais qui du fait de l'avancée en âge risquent de présenter des critères de fragilité nécessitant, pour le maintien de son autonomie, des conseils et une prise en charge personnalisée ;
- Personnes en perte d'autonomie dont le souhait est de rester à domicile en favorisant qualité de vie et sécurité.

Une mission de Recherche et d'Innovation

L'UPSAV apporte une expertise scientifique et élabore des projets de recherche autour de l'innovation organisationnelle ou des projets de recherche clinique concernant l'autonomie de la personne âgée à son domicile, en permettant un suivi de l'EKG exhaustif au domicile des personnes.

Schéma de présentation de l'UPSAV



L'UPSAV participe ainsi à des expérimentations innovantes des territoires en apportant une aide à la méthodologie d'étude mais également en mettant à disposition son équipe pluridisciplinaire pour réaliser des consultations d'évaluations qui intègrent des données médicales mais aussi socio-environnementales, médico-économiques, d'usages et médico-économiques. Dans ce cadre, l'UPSAV peut être coordinatrice ou prestataire.

L'UPSAV est porteuse de projets de recherche clinique. Elle crée ses propres études :

- ESOPPE en Corrèze,
- GEROPASS et TELEHPAD, en Haute-Vienne,
- DOMOLIM en Creuse,
- GETBETTER sur la Corrèze, la Creuse et la Haute-Vienne.

Elle peut également se positionner en tant que prestataire de services en étant missionnée pour des travaux à la demande d'organismes comme EVAL-EHPAD pour l'évaluation de la bientraitance médicale en EHPAD (commandée par l'ARS Limousin)

Son bilan sur deux ans : quelles actions de prévention ?

Caractéristiques des personnes évaluées

860 évaluations ont été réalisées en 2011 contre 671 en 2010 soit une augmentation d'activité de 28% en un an :

- Population UPSAV : 2/3 femmes et 1/3 d'hommes d'âge moyen de 84 ans ;
- Population déjà en perte d'autonomie avec un GIR moyen évalué à 4,57 ;
- 51% de personnes seules contre 40% en couple et 9% en famille ;
- 73% résident sur des cantons urbains contre 27% sur des cantons ruraux ;
- 79% de la population évaluée prend plus de 4 classes thérapeutiques par jour.

Quelques exemples de prévention

Rôle dans le dépistage précoce des troubles cognitifs de la population âgée à domicile, facteur majeur de perte d'autonomie ⁽²⁵⁾.

Au cours de l'année 2011, sur 347 personnes évaluées (âge moyen $83,9 \pm 6,3$), 281 (81,0%) ne présentaient pas d'antécédent de démence (MMSE $25,3 \pm 4,0$). Après passation des tests de dépistage (MMSE, Dubois, Horloge, Fluences), une atteinte cognitive a été suspectée

chez 102 patients (MMSE $23,2 \pm 4,3$). Le bilan rapporte :

- 46 atteintes cognitives confirmées (39,0%),
- 31 refus d'investigations complémentaires (26,3%),
- 12 suspicions infirmées (10,2%),
- 16 attentes de résultats complémentaires (13,5%),
- pour 13 personnes, il a été décidé de ne pas aller plus loin dans les investigations (11,0%).

Ainsi l'UPSAV joue un rôle important dans le dépistage précoce des troubles cognitifs. Le dépistage au domicile permettrait d'intervenir plus précocement dans l'évolution de la maladie. Bien que des confirmations diagnostiques soient toujours en attente, la sensibilité globale des tests réalisés de 84,4% confirme l'intérêt de ces outils à domicile. La forte proportion de personnes ayant refusé les investigations complémentaires, souligne la crainte du diagnostic dans la population âgée. La mission d'évaluation gérontologique de l'UPSAV fait le diagnostic au stade léger de la maladie. Elle permet la mise en place d'un traitement spécifique et de mesures non médicamenteuses. Elle s'inscrit dans une attitude de prévention des problématiques inhérentes aux maladies démentielles.

Impact de la prise en charge par l'UPSAV sur la prévention des chutes au domicile ⁽²⁵⁾

Plus de 60% des chutes se produisent au domicile. Chaque année, 35% des PA de 65-79 ans chutent, 45% des 80-89 ans et 50% des plus de 90 ans. Le risque de récurrence annuel après une première chute est évalué à 50%.

Sur 347 interventions (244 femmes, 103 hommes) réalisées par l'UPSAV, 230 personnes (66,3%) avaient des antécédents de chute. Des soins préventifs ont été mis en place : évaluation par l'ergothérapeute et la psychomotricienne, prescription de séances de kinésithérapie ou d'ateliers chute, conseils alimentaires, dépistage et prise en charge de pathologies, évaluation des ordonnances... Un suivi à domicile a été réalisé à 6 et 12 mois. À 1 an, 22 d'entre eux ont fait une nouvelle chute, soit 9,6%. On compte 13 femmes (59%) et 9 hommes (41%). L'âge moyen est de 85,4 ans ($\pm 8,6$ ans) et le GIR moyen 4 ($\pm 1,5$).

L'UPSAV mène son action dans une région où les personnes âgées de 75 ans et plus représentent 12,9% de la population. Les plans d'actions et de soins préventifs délivrés par l'UPSAV ont permis de diminuer significativement la récurrence de chute par rapport au risque de la population générale de cette tranche d'âge (9,6% contre 50%).

UPS AV et Ergothérapie : Apport des aides techniques dans le maintien de l'autonomie ⁽²⁵⁾

Dans le cadre de sa mission d'évaluation médico-économique, l'UPS AV a débuté un suivi des coûts des aides matérielles mises en place par l'ergothérapeute afin de les comparer aux coûts de ressources humaines nécessaires à la compensation de pertes fonctionnelles similaires évaluées par le SMAF.

Une situation de handicap peut être résolue au moins transitoirement par l'apport d'une aide technique. Le coût financier pour la mise en place d'une aide technique est souvent moindre que le coût d'une aide humaine fréquente et régulière. L'ergothérapeute et l'apport de solutions matérielles ou architecturales ont donc leur place parmi les ressources permettant de répondre à une incapacité dans les activités de la vie quotidienne.

La durée d'efficacité de cette ressource technique, doit être prise en compte dans l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle telle qu'elle est réalisée au moyen du SMAF d'où le suivi UPS AV mis en place afin d'en valider le modèle économique.

UPS AV et psychomotricité : retrouver un centre d'intérêt pour aller vers plus d'autonomie ⁽²⁵⁾

En complément des informations recueillies par les différents professionnels de l'UPS AV, le psychomotricien intervient dans l'environnement de vie de la personne âgée, ce qui lui permet de répertorier les ressources et les difficultés de la personne. Le domicile, lieu d'évaluation en situation réelle, permet de mettre en évidence les habitudes de vie, les difficultés rencontrées, les centres d'intérêts de la personne.

Le psychomotricien peut alors aider la personne et son entourage à prendre conscience du potentiel constaté à l'instant même de la mise en situation. Il accompagne ainsi la personne âgée pour qu'elle puisse transférer ses compétences dans une situation extérieure au domicile ciblée vers un objectif de plaisir. Pour cela il lui fait une proposition concrète, pratique, ayant suffisamment de sens pour elle afin qu'elle ait envie de l'intégrer à son rituel.

Enfin, le psychomotricien organise un relais pour que la prévention puisse continuer après son intervention.

Face à une difficulté, la personne âgée a tendance à se dévaloriser et à restreindre ses activités. Elle met alors en place des moyens de compensations pour pallier ses

incapacités ponctuelles en faisant intervenir chez elle des aides extérieures et cherche ainsi à éviter les risques liés au fait même de sortir de chez elle.

Or, sortir du domicile avec un objectif de plaisir participe au maintien de l'autonomie. Le psychomotricien a donc bien sa place au sein de l'UPS AV dans ce type de prévention car il permet à la personne âgée de réutiliser son corps dans sa globalité sans qu'elle ne s'en rende compte, donc sans qu'elle ait à faire d'efforts particuliers afin de bénéficier d'une meilleure qualité de vie.

En intégrant de nouveaux professionnels dans ce type d'équipe mobile, la personne âgée bénéficie d'une prise en charge globale et en même temps plus ciblée sur la problématique personnelle de l'individu.

Conclusion et perspectives : vers une UPS AV régionalisée fin 2012

Après de nombreuses campagnes de communication et les résultats de son bilan à 3 ans d'activité, l'UPS AV est maintenant acceptée par le grand public mais aussi par les acteurs de terrain (médecins traitants, IDE, aides ménagères, instances territoriales...). La demande d'évaluation est grandissante nécessitant des moyens complémentaires récemment alloués par l'ARS.

Les départements voisins ont accepté de mettre en place une telle structure. L'ARS Limousin soutient cette démarche de régionalisation de l'UPS AV en proposant une UPS AV coordonnatrice, basée au CHU de Limoges, et des UPS AV relais formées à l'EKG préventive/coordination par l'UPS AV du CHU, au sein des hôpitaux de proximité de la Haute-Vienne et des départements de la Creuse et de la Corrèze (souvent à partir d'équipes mobiles existantes ou créées). L'ARS du Limousin a conforté l'action et l'intérêt de l'UPS AV en pérennisant les structures initiales et en finançant par des MIG, la régionalisation.

Les spécificités territoriales de la région Limousin sont à l'origine de cette organisation à partir du secteur sanitaire alors que les missions de prévention ne relèvent la plupart du temps pas de ce secteur. Mais, dans cette région, l'enjeu du bien vieillir est non seulement un impératif humain (visant à favoriser le bien-être chez soi au très grand âge) comme ailleurs mais aussi et surtout économique car de l'évolution de ce vieillissement démographique prématuré dépend l'aménagement du territoire notamment en zones rurales où la désertification médicale et des aidants est importante et où les moyens de communications sont plus difficiles. ■

RÉFÉRENCES

1. Données INSEE 2008.
2. **Gonthier R, Blanc P, Farce S, F Stierlam I.** Individualisation des personnes âgées fragiles et filière de soins. *Psych Neurophysiol Vieillesse*. 2003 ; 3:187-196.
3. **Hébert R, Brayne C, Spiegelhalter D.** Incidence of functional decline and improvement in a very elderly community-dwelling population. *Ann Epidemiol*. 1999 ; 150:501-510.
4. **Sauvel C, Barberger-Gateau V, Dequae L, Letenneur L, Dartigues JF.** Facteurs associés à l'évolution à un an de l'autonomie fonctionnelle des personnes âgées vivant à leur domicile. *Rev Epidemiol Santé Publique*. 1994 ; 42:13-23.
5. **Lebel P, Leduc N, Kergoat MJ, Latour J, Leclerc C, Beland F, et al.** Un modèle dynamique de fragilité. *L'Année Gériatologique*. 1999 ; 84-94.
6. **Campbell AJ, Buchner DM.** Unstable disability and the fluctuations of frailty. *Age Ageing*. 1997 ; 26:315-318.
7. **Hamerman D.** Toward an understanding of frailty. *Ann Int Med*. 1999 ; 130:945-950.
8. **Rouvenoff R.** Inflammatory and hormonal mediators of cachexia. *J Nutr*. 1997 ; 127:1014-1016.
9. **Ferruci L, Harris TB, Guralnick JM, Tracy RP, Corti MC, Cohen HJ et al.** Serum IL-6 level and the development of disability in older persons. *J Am Geriatr Soc*. 1999 ; 47:639-646.
10. **Morley JE, Kaiser FE, Sih R, Hajjar R, Perry HM.** Testosterone and frailty. *Clin Geriatr Med*. 1997 ; 13:685-695.
11. **Morrison M, Katz IR, Parmelee P, Boyce A, TenHave T.** Dehydroepiandrosterone sulfate (DHEAS) and psychiatric and laboratory measures of frailty in a residential care population. *Am J Geriatr Psychiatry*. 1998 ; 6:277-284.
12. **Evans WJ.** What is sarcopenia? *J Gerontol Biol Sci*. 1995 ; 50 A (special issue) : 5.
13. **Morley JE, Silver AJ.** Anorexia in the elderly. *Neurobiol Aging*. 1988 ; 9:9-16.
14. **Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J et al.** Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol*. 2001 ; 56 A:M146-M156.
15. **Bortz WM.** The physics of frailty. *J Am Geriatr Soc*. 1993 ; 41:1004-1008.
16. **Bortz WM.** The disuse syndrome. *West J Med*. 1984 ; 141:69-74.
17. **Bortz WM.** Disuse and aging. *JAMA*. 1982 ; 248:1203-1209.
18. **Newman AB, Gottdiener JS, McBurnie MA, Hirsch H, Kop WJ, Tracy R et al.** Associations of subclinical cardiovascular disease with frailty. *J Gerontol*. 2001 ; 56 A:M158-M166.
19. **Ross R.** Atherosclerosis - an inflammatory disease. *N Engl J Med*. 1999 ; 340:115-126.
20. **Roubenoff R, Harris TB, Abad LW, Wilson PW, Dallal GE, Dinarello CA.** Monocyte cytokine production in an elderly population : effect of age and inflammation. *J Gerontol Med Sci*. 1998 ; 53 A:M20-M26.
21. **Corti MC, Salive ME, Guralnick JM.** Serum albumin and physical function as predictors of coronary heart disease mortality and incidence in older persons. *J Clin Epidemiol*. 1996 ; 49:519-526.
22. **Harris TB, Ferrucci L, Tracy RP, Chiara Corti M, Wacholder S, Ettinger WH et al.** Associations of elevated interleukin-6 and C-reactive protein levels with mortality in the elderly. *Am J Med*. 1999 ; 103:506-512.
23. **Fried LP, Walston J.** Frailty and failure to thrive. In : Hazzard WR, Blass JP, Ettinger WH, Halter JB, Ouslander JG, eds. Principles of geriatric medicine and gerontology, 4th ed. New York : McGraw Hill ; 1998:1387-1402.
24. **Stuck AE, Siu AL, Wieland GD, Rubenstein LZ, Adams J.** Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *The Lancet*. 1993 ; 342:1032-1036.
25. Extraits des communications de l'UPS AV aux 5^{èmes} journées nationales des équipes mobiles de gériatrie.

Les équipes mobiles extra-hospitalière de psychogériatrie : psychiatrie et/ou gériatrie ?

Pascal COUTURIER

D'après les communications de Bahman Moheb (Annecy), Laure Petit (Paris), Francois Vieban (Limoges)

La session consacrée aux différentes expériences de prise en charge des patients avec troubles psychiatriques ou troubles psycho-comportementaux par les équipes mobiles extrahospitalières a montré que leur développement est principalement lié à une carence de couverture de ces populations par la psychiatrie de secteur dans de nombreuses villes et en particuliers au sein des EHPAD. Cette réalité a conduit plusieurs équipes de gériatrie à développer un axe d'intervention dans ce domaine de compétence avec des équipes de médecins gériatres formés à la psychiatrie.

L'évaluation des besoins au sein des EHPAD a été notamment présentée par *Bahman Moheb* de l'équipe du CH d'Annecy. Dans le cadre d'une enquête préalable à l'intervention extra-hospitalière, afin de connaître la typologie des problèmes psychiatriques et les besoins des structures, 9 EHPAD du bassin Annecien sur 25 ont répondu à un questionnaire permettant de recenser 767 résidents. Quarante-vingt-six résidents présentent des troubles psychiatriques antérieurs à l'entrée en EHPAD (11,2%), 88 présentent des troubles psychiatriques récents (11,4%). On dénombre 242 résidents avec des troubles psycho-comportementaux liés à la démence (31,5%). D'une manière générale les troubles du comportement pour lesquels les EHPAD demandent l'intervention de l'équipe mobile de gériatrie sont les troubles dépressifs, les troubles anxieux, la déambulation, et les troubles des conduites sexuelles ou alimentaires. Les troubles du comportement pour lesquels les EHPAD souhaitent l'intervention d'une équipe psychiatrique sont la psychose délirante et le risque suicidaire. Parmi ces 416 résidents, seuls 8% étaient suivis par la filière psychiatrique, 24,6% étaient suivis par la filière gériatrique, principalement par l'équipe mobile de gériatrie. L'expérience de l'équipe retrouve pour plus de 20% de leurs interventions en EHPAD, le besoin d'une expertise psychiatrique et souhaite la voir se déployer dans le secteur psychiatrique.

Ce constat est partagé par l'EMGE de l'Hôpital Bretonneau. Le *Dr Laure Petit* dans sa communication a insisté sur le besoin clairement exprimé par les EHPAD (médecins coordonnateurs et médecins traitants) d'un recours à l'expertise psychiatrique. Sur un secteur recouvrant 19 EHPAD du territoire Nord, seuls un psychiatre libéral et un psychiatre hospitalier se déplacent et seul un Centre Médico Psychologique (CMP) est actif sur 13 secteurs de psychiatrie publique. Non seulement l'accès au soin psychiatrique est limité mais le constat a été fait de l'absence de formation des personnels et de la pauvreté des liens avec le milieu hospitalier tant psychogériatrique que psychiatrique. Ainsi, entre septembre 2008 et septembre 2011, 417 évaluations psychiatriques ont été réalisées avec pour motifs principaux les troubles du comportement perturbateurs (TCP) qui représentent 56% des motifs d'évaluation. L'expérience retrouve de nombreux diagnostics erronés dont 61% pour les TCP et 25% de dépression par excès. L'évolution sur 4 ans montre une augmentation des demandes de consultation pour les pathologies psychiatriques (psychoses, troubles de la personnalité) et une diminution du recours pour les TCP. Bien que difficile à évaluer, le nombre d'hospitalisations évitées est estimé à 20%. Le recours à l'hôpital de jour concerne 50% des patients et seuls 20% sont hospitalisés en hospitalisation complète.

Si ces deux expériences mettent en évidence le besoin en psychiatre sur le secteur des EHPAD, les besoins sont également importants à domicile. Bien que les expériences d'EMG soient encouragées par la circulaire de mars 2007 sur les filières gériatriques et le plan psychiatrie et santé mental, les expériences d'équipes mobiles de psychiatrie du sujet âgé sont encore peu nombreuses. L'expérience de Limoges, de ce point de vue, est très importante. *Francois Vieban de l'équipe du Pr JP Clément* a présenté l'expérience de l'EMESPA (Équipe Mobile d'Évaluation et de Suivi de la Personne Agée) du

*Auteur correspondant : Professeur Pascal Couturier, Clinique Universitaire de Médecine Gériatrique, Pôle pluridisciplinaire de Médecine, Hôpital Albert Michallon, 38043 Grenoble Cedex 09 ; France.
E-mail: UniMobGerontologie@chu-grenoble.fr*

CH Esquirol de Limoges qui intervient depuis 2008 auprès des personnes âgées de LIMOGES et des communes avoisinantes et depuis quelques mois dans l'ensemble des EHPAD de la Haute-Vienne. Elle réalise des missions d'évaluation et assure en EHPAD le suivi des résidents relevant du champ de compétence de la psychiatrie de la personne âgée (troubles de l'humeur et de l'adaptation, troubles délirants, maladies mentales vieillissantes, troubles démentiels comme la maladie d'Alzheimer dans leur expression psychologique, affective et comportementale). Depuis cette année, ce dispositif s'articule avec l'équipe mobile de gériatrie du CHU de Limoges et notamment l'unité de prévention, de suivi et d'analyse du vieillissement (UPSAV), qui intervient au domicile des patients depuis février 2010. En raison d'un fonctionnement indépendant et de moyens propres aux filières gériatriques et psychiatriques, il a été convenu d'un partenariat conventionné plutôt qu'une équipe mixte. Les demandes d'intervention réalisées auprès de l'une ou l'autre équipe, proviennent des médecins, des partenaires du réseau médico-social, de la famille ou des personnes elles-mêmes. Le partenariat gériatrie-psychiatrie s'exprime essentiellement dans les situations complexes qui justifient cette complémentarité. L'une des équipes sollicite l'intervention secondaire de l'autre ou elles interviennent simultanément. C'est le cas par exemple des fragilités multiples ou le maintien à domicile est menacé. La synthèse de l'intervention est réalisée individuellement puis discutée en réunion pluridisciplinaire pour une réponse unique sous la forme de préconisations thérapeutiques destinées au médecin traitant qui reste dépositaire de la prise en charge. Ce modèle de collaboration sur des situations complexes

contribue à la prévention des situations de crises et des "hospitalisations catastrophes".

Commentaires : cette session a montré que les chemins convergents vers une prise en charge concertée des patients âgés avec troubles psycho comportementaux. Psychiatre et gériatre apportent une approche complémentaire qui permet d'intégrer le patient âgé dans la meilleure filière de prise en charge. Celle-ci peut être psychiatrique ou gériatrique. Elle ne doit pas l'être par défaut et par l'absence notamment d'une filière de psychiatrie du sujet âgé comme c'est encore le cas dans beaucoup de territoires. Les patients âgés doivent pouvoir être pris en charge par des unités de psychiatrie intersectorielle à orientation psychogériatrique car le suivi fait partie intégrante des missions de la sectorisation psychiatrique. La gériatrie n'a pas les moyens de la psychiatrie pour assurer l'accompagnement de proximité notamment avec des CMP et des équipes de soins infirmiers psychiatriques dédiées au suivi. La médecine générale ne peut pas assurer le suivi psychothérapeutique de ces situations. La plupart des équipes mobiles de gériatrie assurent le suivi des pathologies démentiels et la gestion des troubles psycho comportementaux de la démence sans avoir recours à la psychiatrie. Elles disposent pour cela de l'appui des unités de psychogériatrie au sein des EHPAD et des différents dispositifs développés dans le cadre du plan Alzheimer. Cela n'est pas toujours le cas pour les malades psychiatriques vieillissants ou les conduites suicidaires. Le recours à la filière psychiatrique, reste donc un dossier d'actualité dans le contexte du développement des interfilières gériatriques et gérontologiques. ■

Contribution à l'amélioration des pratiques en EMG : les recommandations et leur suivi

Virginie GARNIER, Georgina CORTE-FRANCO, Pascal COUTURIER

D'après les communications de Marie-Gabrielle Cord'homme, Marie-Claire Auger (CHI Poissy),
Virginie Garnier et Georgina Corte-Franco (CHU Grenoble).

L'évaluation gériatrique vise à dépister la fragilité et à améliorer la prise en charge de la personne âgée lors du séjour hospitalier et dans les suites de l'hospitalisation grâce à la diffusion de recommandations. Celles-ci peuvent être médicales, sociales et/ou environnementales et intègrent la notion de temps (immédiatement, à moyen et long terme) afin de définir un plan personnalisé de soins. Le bénéfice de l'évaluation gériatrique dépend pour une grande part de la réalisation de ces recommandations.

Les EMG (Équipes Mobiles Gériatriques) intra-hospitalières du Nord et Île de France ont évalué le suivi des recommandations à J3-J5 dans les services de MCO hors gériatrie de juin à octobre 2011. En moyenne, 3,6 recommandations sont faites par patient avec un suivi global à J3-J5 de 86%. Les recommandations les plus fréquentes et suivies à plus de 70% concernent : la nutrition, l'orientation, la thérapeutique, le traitement fonctionnel puis la sphère cognitive et comportementale.

De la même façon, une évaluation du suivi des recommandations à 3 mois a été réalisée par l'EMG de Grenoble de janvier à avril 2009. En moyenne, un patient avait 7,2 recommandations avec un taux de mise en œuvre à 3 mois de 78,4%. La recommandation la plus fréquente et la mieux suivie est celle concernant les soins (95%). Les recommandations sur la sphère cogni-

tive, sur les démarches sociales et juridiques sont les moins suivies. Les facteurs associés au suivi des recommandations étaient : l'hospitalisation dans la filière gériatrique et l'existence d'un environnement porteur ⁽¹⁾.

Pour s'assurer du suivi des recommandations à court terme, les EMG du Nord et Île de France proposent un déplacement dans le service concerné. À 2 mois, l'équipe de Grenoble organise un suivi téléphonique comme cela est recommandé dans la circulaire de juillet 2007 sur le fonctionnement des EMG. Ce suivi est basé sur l'état de santé des patients et le niveau d'autonomie. Il est fait idéalement par le médecin gériatre ayant fait l'évaluation initiale. Les échelles utilisées dans l'évaluation gériatrique ont pour la plupart déjà été validées dans leur utilisation téléphonique (ADL, IADL, GDS, Euroqol) ou en hétéro-évaluation (aidant principal) lorsque les patients sont dans l'incapacité de répondre du fait de troubles cognitifs. Cette modalité de suivi apparaît faisable et fiable pour la plupart des situations.

Afin d'améliorer l'application des recommandations faites par les EMG, le gériatre doit limiter le nombre de recommandations par patient, hiérarchiser ces propositions, assurer une communication orale et écrite entre les professionnels de santé et organiser un suivi rapproché en cas d'absence d'un "environnement porteur", de difficultés d'accès à la consultation mémoire et d'adhésion des familles aux recommandations sociales. ■

RÉFÉRENCES

1. **Morin T, Lanièce I, Desbois A, Amiard S, Gavazzi G, Couturier P.** Évaluation du suivi des recommandations à 3 mois après prise en charge par une équipe mobile gériatrique hospitalière. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 2012 ; In press.

*Auteur correspondant : Professeur Pascal Couturier, Clinique Universitaire de Médecine Gériatrique, Pôle pluridisciplinaire de Médecine, Hôpital Albert Michallon, 38043 Grenoble Cedex 09 ; France.
E-mail: UniMobGerontologie@chu-grenoble.fr*

Amélioration des pratiques de soins aux urgences par les EMG

Blandine LAQUET, Annie GROMIER, Pascal COUTURIER

D'après les communications de E. Dugaret (CHU Bordeaux), B. Laquet (CHU Grenoble), M. Floccia (CHU Bordeaux)

L'accueil des PA aux urgences est fréquent et les plus de 75 ans représentent 14% des passages aux urgences Saint André du CHU de Bordeaux et au CHU de Grenoble. Les équipes mobiles interviennent régulièrement sur ces secteurs de soins pour évaluer et orienter les patients. L'amélioration de la qualité de la prise en charge aux urgences dépend de la collaboration entre urgentistes et gériatres et notamment entre les équipes soignantes. Les patients accueillis aux urgences sont généralement en perte fonctionnelle et en situation d'immobilisation aiguë liée soit à la maladie, soit aux conditions de prise en charge (séjour prolongé sur un brancard, attente de prise en charge, sédation...). Parmi les complications liées à l'immobilisation, l'escarre est une comorbidité souvent induite et liée à l'absence de prévention efficace. Chez les patients âgés le risque est présent dès l'entrée à l'hôpital, et la responsabilité de la prévention incombe aux équipes de soins par le repérage des patients à risques et la mise en œuvre de protocole de soins adaptés.

Ainsi, à Bordeaux, une étude a été réalisée sur 15 jours pour déterminer l'incidence des escarres et les facteurs de risque de la survenue des escarres aux urgences. Tous les patients inclus dans l'étude ont été examinés à l'admission et à la sortie des urgences à la recherche d'escarre (stade 1 inclus) sur tous les points d'appui. Sur les 602 patients retenus, 165 étaient âgés de plus de 75 ans (27,4%). L'incidence des escarres stade 1 était de 4,9% à la sortie tous âges confondus mais de 12,2% pour les patients âgés de plus de 75 ans. Les facteurs de risque de survenue d'escarres étaient l'âge, la durée du séjour aux urgences, le score de Charlson, le nombre moyen de médicaments par jour et l'immobilité sur un brancard. Cette étude montre l'augmentation de l'incidence des escarres durant le séjour aux

urgences et la nécessité d'actions de prévention active durant cette période particulièrement à risque. Ce travail est essentiel pour mettre en œuvre une démarche d'amélioration de la qualité des soins de prévention.

L'expérience de Grenoble illustre bien cette démarche dans la durée avec une réduction du nombre d'escarres rencontrés lors de l'évaluation initiale aux urgences sur une durée de 6 ans. Ce travail a comptabilisé les patients porteurs d'escarre de stade 1 et plus évalués aux urgences de courte durée ainsi que le nombre de patients installés sur un support de prévention. Ainsi, en 2005, 36,8% des patients étaient porteurs d'escarre et 6% avaient des supports anti escarre, en 2007, 22,5% des patients étaient porteurs d'escarre et 26,4% avaient des supports anti escarre et en 2011, 18,1% de patients étaient porteurs d'escarres et avaient 96% des supports anti escarre (*Figure 1 page 766*). Un accompagnement de la démarche qualité a pu se faire dans le cadre des missions d'éducation et de formation, sans se substituer à la démarche de soins propre des équipes soignantes. Parmi les améliorations des pratiques aux urgences, il a été noté en particulier la mobilisation au fauteuil, l'utilisation de déambulateur, la mise en place de chaise garde-robe, la présence d'une aide au repas des personnes dépendantes quotidiennes.

Parmi les facteurs limitants de l'action éducative et d'accompagnement des équipes mobiles, on retrouve le turnover des soignants impliquant une éducation quotidienne, les modalités d'échanges et de transmission essentiellement orales avec les équipes et le peu d'usage des recommandations écrites. La mise en place d'une infirmière référente escarre n'a pu cependant être effective.

**Auteur correspondant : Professeur Pascal Couturier, Clinique Universitaire de Médecine Gériatrique, Pôle pluridisciplinaire de Médecine, Hôpital Albert Michallon, 38043 Grenoble Cedex 09 ; France.
E-mail: UniMobGerontologie@chu-grenoble.fr**

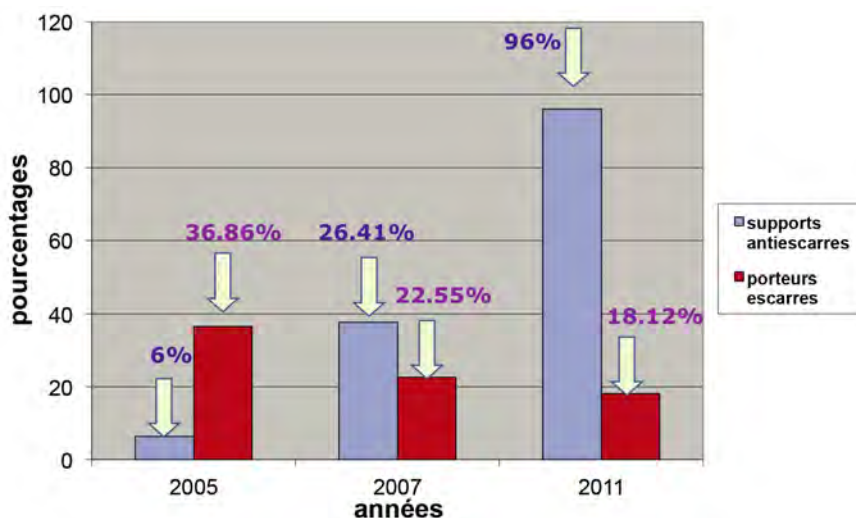


Figure 1 : Evolution de la fréquence des escarres et de l'utilisation des supports.

Figure 1: Frequency of pressure sores and use of preventive mattress.

L'accompagnement des soignants par les infirmières de l'UMG a permis une meilleure sensibilisation au repérage des patients à risque d'escarres et une plus large utilisation des supports adaptés avec une réduction significative du nombre de patients avec escarres sur la période 2005-2011.

Au-delà de l'escarre, cette problématique de la qualité du soin aux urgences et notamment dans les unités d'UHCD prend tout son sens et soulève un problème éthique lorsque ces secteurs accueillent des patients très dépendants, y compris des patients en fin de vie. En effet, malgré le développement des soins à domicile et des soins palliatifs 75 à 85% des Français décèdent à l'hôpital alors que dans les années quatre-vingt-dix, ils ne représentaient que 58%. Les urgences sont également mises à contribution pour la prise en charge de

ces situations. Ainsi, en 1 an, entre le 1^{er} février 2008 et le 31 janvier 2009, le CHU de Bordeaux a recensé 51 décès survenus aux urgences. Seuls 14% des décès n'étaient pas attendus. La moyenne d'âge était de 83,8 ans, 65% des patients venaient du domicile (dont 31% des patients isolés) et 35% d'une EHPAD, 15% des patients étaient déjà grabataires avant l'hospitalisation alors que 83% des patients d'EHPAD présentaient une réelle perte d'autonomie par rapport à l'état antérieur. Pour ces populations, Le temps passé aux urgences avant le décès était en moyenne de 22,8 heures (0,21 à 66 heures)...

Cette réalité invite également à une réflexion institutionnelle et notamment avec les comités éthiques afin d'améliorer les conditions de l'accueil et du soin de ces patients très fragiles. ■

Rôle et place des paramédicaux dans les expérimentations extra-hospitalières

Chantal SALA

D'après les communications de M. Schmitt (CH Meaux), M. Marginier (CHU Limoges), V. Mathieu (CHU Limoges), C. Laffont (Bordeaux), C. Kiffel (CHU St Louis Lariboisière-Fernant Widal)

Les 5^{èmes} journées des équipes mobiles de gérontologie ont permis, à travers le thème du rôle et de la place des paramédicaux dans les expérimentations extra-hospitalières, de montrer la richesse des apports pluri-professionnels dans ces équipes et comment chaque profession s'est emparée de la problématique du lien ville-hôpital pour en faire le cœur de la pratique d'une équipe mobile extra-hospitalière (EMGH).

La multiplicité et la complexité des partenaires qui gravitent autour de la personne âgée fragile comme nous l'a décrite l'expérience de l'unité mobile de gériatrie de l'hôpital de Meaux, impliquent, pour une unité mobile extra-hospitalière de se faire connaître auprès de ses partenaires institutionnels et de pouvoir mesurer le degré de satisfaction de ces derniers qui vont des médecins traitants, aux directeurs d'EHPAD, en passant par les services d'aide à domicile ou les SSIAD. L'EMGEH de Meaux a effectué une enquête de satisfaction auprès de ces partenaires. Cette enquête a permis de faire exprimer les attentes par rapport à l'EMGEH. Ces attentes concernent l'information sur le rôle et la fonction de l'EMGEH, la possibilité de les joindre plus facilement, la transmission rapide des conclusions par écrit aux soignants et le développement de partenariats. Ce bilan, plutôt positif dans l'ensemble pour l'équipe de Meaux, a permis à celle-ci de se questionner, de renforcer ses liens avec la ville et de voir comment, chaque professionnel de cette équipe (gériatre, ergothérapeute, secrétaire, assistante sociale) a pu se positionner par rapport à ces attentes.

L'accès aux services de l'EMGEH et la réactivité du service sont des éléments fondamentaux pour une bonne efficacité. Le rôle des secrétaires dans l'équipe

pluriprofessionnelle est fondamental pour une régulation optimale des appels entrants mais également pour faire suivre les conclusions rapidement aux médecins traitants et autres partenaires institutionnels. L'EMG du CHU de Limoges a décliné cet aspect de la fonction des secrétaires comme favorisant les liens entre le gériatre et la personne référente en extra-hospitalier, mais également le lien entre les membres de l'équipe mobile. La réactivité du service et le raccourcissement du délai des courriers sont des objectifs prioritaires pour un fonctionnement optimisé.

Les liens ville-hôpital sont également le cœur de métier de l'assistante sociale hospitalière puisque sa fonction de réinsertion sociale est au carrefour de l'intra et de l'extra hospitalier.

Cette fonction, comme l'a montré l'intervention de l'assistante sociale de l'EMG de prévention de l'Hôpital de Limoges, nécessite une expertise gérontologique pluridimensionnelle pour intervenir dans l'amélioration de la prise en charge de la personne âgée fragile mais également une participation au développement des relations "ville-hôpital" en partenariat avec les instances de coordination gérontologiques et les réseaux. Cette fonction, pour cette équipe, s'apparente à celle d'un "gestionnaire de cas" puisque son intervention nécessite une prise en charge planifiée et coordonnée dans un temps donné. L'expérience originale de Limoges est l'animation d'un programme d'information à l'intention des aidants familiaux dans le cadre d'une politique de prévention de la perte d'autonomie en lien avec les partenaires internes et externes, ce qui démontre bien l'impact et le rôle fondamental de ces professionnels dans les relations avec la ville ainsi que dans le maintien du lien du patient avec son environnement familial et social.

*Auteur correspondant : Professeur Pascal Couturier, Clinique Universitaire de Médecine Gériatrique, Pôle pluridisciplinaire de Médecine, Hôpital Albert Michallon, 38043 Grenoble Cedex 09 ; France.
E-mail: UniMobGerontologie@chu-grenoble.fr*

La visite à domicile est un des aspects qui a été développé dans le cadre de l'UMGEH, le domicile, étant par essence le lien le plus fort du patient avec son environnement. L'un des objectifs d'une équipe mobile est de maintenir ce lien le plus longtemps possible, tout en tentant d'en anticiper les limites. A cet égard, la fonction de l'ergothérapeute prend une dimension particulière puisque sa mission principale, comme l'a montré l'équipe du CHU de Bordeaux, est la réadaptation du patient âgé dans son lieu de vie à la suite de l'évaluation de l'EMG. En moyenne, trois visites à domicile sont effectuées par l'ergothérapeute et donnent lieu à un avis sur le pronostic de maintien à domicile discuté avec les autres membres de l'EMG avec possibilité de réévaluation des aides et de prévention de l'aggravation de la situation. L'ergothérapeute favorise grâce à son expertise technique le soutien à domicile et donc le lien du patient avec son environnement.

L'apport des infirmières d'évaluation a également été décliné par les équipes des CHU de Bordeaux et de Grenoble qu'il s'agisse de la prise en charge nutritionnelle du patient âgé ou de la prévention des escarres. Même si ce rôle a été montré plus spécifiquement dans le cadre des UMG intra-hospitalières, il peut facilement s'étendre à la prise en charge en UMGEH car ces deux exemples montrent à quel point ces aspects sont essentiels pour une bonne prise en charge du sujet âgé à domicile. La mise en place d'un matériel adapté ainsi que le dépistage des problèmes nutritionnels favorisent le soutien et le confort du patient à son domicile. Cette expertise permettra d'accompagner à la fois les familles et les professionnels intervenant autour du patient à domicile dans la mise en œuvre de bonnes pratiques.

Pour conclure, nous nous attacherons à l'intervention de la psychologue clinicienne de l'équipe d'intervention gériatrique du site Lariboisière du CHU St Louis Lariboisière-Fernand Vidal qui propose un vocabulaire commun pour rendre compte de l'activité en EMG.

À travers tous les exemples cités, nous nous apercevons de la richesse des spécificités de travail de chaque professionnel et comment l'équipe pluriprofessionnelle se nourrit de ces spécificités. Pour cette équipe, il s'agit de rendre compte d'une activité transversale tout en tenant compte de la diversité des équipes et des pratiques. Les termes utilisés actuellement de "patient" et "d'évaluation" sont trop limités et ne rendent pas compte de l'activité réelle notamment celle qui s'exerce en dehors de la présence du patient. Ils ne rendent pas compte des coordinations autour des patients ou de la diversité des lieux d'intervention. Ainsi, l'équipe propose des indicateurs qui semblent plus adaptés à cette activité transversale, globale et pluri professionnelle : les termes de "situation" et "d'interventions". Le terme de "situation" fait référence à la globalité en prenant en compte non seulement le patient mais son environnement à un moment donné, il rend compte de l'ensemble de l'activité au-delà de la file active. Le terme "d'intervention" intègre l'ensemble des actions menées autour d'une situation, il permet une valorisation de la pluri professionnalité, préserve la diversité des pratiques et ne réduit pas l'activité autour de la seule évaluation nécessaire mais non suffisante.

Cette contribution montre à quel point il est nécessaire, pour une équipe mobile extra hospitalière de créer des liens avec l'extérieur au service de la personne âgée mais aussi de savoir en rendre compte à travers un langage commun qui permette de communiquer sur les spécificités de cette activité. ■